The Imperial Bureau of Mycology
& Tropical Disease Bureau Lond.

V.e IV

26/A

# Arquivos Indo-Portugueses

IMPERIAL BUREAU
28 OCT. 1927
OF MYCOLOGY

DE

## Medicina e Historia Natural

Horrgt

Orgão do Instituto
Bacteriológico de
Nova-Goa

V.e IV

# Arquivos Indo-Portugueses

de

## Medicina e Historia Natural

Orgão do Instituto
Bacteriológico de
Nova-Goa

TIP. BRAGANÇA & C.ª
NOVA GOA
1927

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/archivos-indo-portugueses-de-medicina-e-historia-natural_1927_4

# HISTÓRIA DA LEPRA NA ÍNDIA PORTUGUEZA

POR

*Froilano de Mello e Alfredo de Araújo*

( Instituto Bacteriológico de Nova Gôa )

A lepra é conhecida na Índia Portuguesa desde longo tempo. Faltam-nos dados estatísticos para afirmar se ela está ou não a propagar-se. A impressão geral, porêm, de clínicos e leigos, é que nos últimos anos êsse terrível flagelo tem assumido no nosso território um desenvolvimento assustador.

Tratando-se dum ponto tão grave da nosologia local, seriam descabidas em um trabalho scientífico afirmações que não pudessem ser rigorosamente provadas. A opinião pública, que tão poderosa e salutar influência exerce nos conceitos de uma época e de um povo, acha-se, no capítulo da lepra, eivada de múltiplas confusões e de preconceitos erróneos; ora por estar vergada ao pêso de anátemas que desde os tempos bíblicos fulminam os leprosos, repelindo, enxotando, amaldiçoando os que, tornados disformes pelas suas mutilações, nem sempre constituem causa apreciável de um contágio imediato; ora por se desconhecerem casos autenticos de lepra que, sendo frustos e de diagnóstico difícil, representam, mesmo por isso, um poderoso factor da propagação do mal. Acresce a isto que muitas dermatoses têm sido a tal ponto confundidas com a lepra que um simples inquérito que se baseasse em informações de entidades não especializadas, mal daria aos sanitaristas a ideia precisa da extensão da doença em um determinado território.

No momento em que o esfôrço dum grupo de investigadores procura dar ao estudo da lepra no nosso país, aquele alto relevo que, em todos os tempos, e hoje mais do que nunca, lhe assinalaram as nações cultas, quer na nosologia, quer no campo terapeutico ou profilactico, as nossas primeiras palavras destinam-se a constatar, antes de mais nada, o que sôbre a lepra até hoje se tem feito entre nós. Pouco ou nada será. Mas relembrá-lo é a um tempo um acto de probidade e um preito de justiça.

Na vida social cada facto tem a sua genese, cada fenómeno encerra um ensinamento. E tudo quanto se tem passado em volta da lepra constitui para nós uma proveitosa lição.

*

* *

Em 15 de Fevereiro de 1916 foi presente á Junta de Saúde um *Projecto de edificação de uma leprosaria em Goa* pelo seu vogal secretário, Prof. Germano Correia. O autor serve de introito ao seu estudo os seguintes principios profilacticos, formulados por uma conferencia internacional :

1.º A lepra é uma doença contagiosa de pessoa a pessoa, qualquer que seja o seu modo de contágio.

2.º Em vista dos admiráveis e eficazes resultados profilacticos obtidos na Alemanha, Suécia, Noruega e Dinamarca (Islandia), é muito conveniente isolar os leprosos.

3.º E' igualmente conveniente que os leprosos sejam excluidos das profissões perigosas, sob o ponto de vista da disseminação hanseniana.

4.º Também é conveniente que as crianças aparentemente sadias, filhos de leprosos, sejam imediatamente, logo após o seu nascimento, separadas dos seus progenitores e guardadas em observação numa creche ou tutoria, até á sua adolescença, idade em que serão postas em liberdade, caso estejam indenes da doença de Hansen.

5.º E' indispensável um isolamento rigoroso de todos os mendigos e vagabundos leprosos.

6.º Todos os individuos que vivem com os leprosos deverão ser considerados suspeitos e ficarão sob vigilancia médica da autoridade sanitária.

O autor, salientando a necessidade de se construir em Gôa uma *aldeia-gafaria* ou pelo menos uma simples leprosaria, «ampla, higienica e confortável», não se esquece de recomendar á atenção dos poderes as palavras de Ambroise Paré referentes ao isolamento dos leprosos, «para que seja o mais doce e amigávelmente possível, por eles serem nossos semelhantes». «A sociedade que os sequestra e que os isola por quasi toda a vida deve, não só garantir-lhes um certo bem-estar material e algum conforto, mas tambem, para suavisar-lhes o rigor da sorte, tem obrigação de proporcionar-lhes algumas distracções e uma relativa liberdade ou expansão em recinto isolado». E' por isso que todas as leprosarias são dotadas de anexos, compreendendo salas de jogo, de leitura e de musica, *ateliers* de trabalho, campos de cultura, etc. e que as edificadas nos moldes rigidos duma prisão dão lugar a freqùentes evasões.

Apoiando-se em informações prestadas pelos Delegados de Saúde, o número total dos leprosos de Gôa foi computado pelo Professor Correia na cifra global de 100. Notou, todavia, que os numeros que a seguir vão transcritos não representavam a rigorosa expressão da verdade, visto ser difícil relacionar os leprosos abastados, que se não sujeitam á observação da autori-

dade sanitária, e fazer um inquerito mais ou menos completo em áreas tam vastas como as que ficam sob a jurisdição dos mesmos delegados. As cifras apontadas foram:

| | |
|---|---|
| Ilhas | 5 |
| Bardês | 13 |
| Salcete | 40 |
| Sanquelim | 2 |
| Sanguém | 0 |
| Pondá | 2 |
| Canácona | 4 |
| Satari | 0 |
| Quepém | 2 |
| Perném | 4 |

Ou seja um total de 71, a que juntando aproximadamente mais um terço, o autor perfaz a cifra global de 100.

Tratando do isolamento, o Prof. Germano Correia preconisou para o nosso país como meio ideal uma aldeia-gafaria que fosse estabelecida numa ilha fluvial ou marítima, pouco habitada, isolada ou isolável, susceptivel de cultura, abundantemente provida de água e finalmente de acesso relativamente fácil a doentes, visitantes e pessoal sanitário e com comunicações rápidas para os mais importantes centros populosos da provincia. A ilha de *Acaró*, á falta de outra melhor, foi indicada como satisfazendo os requisitos atrás apontados.

Como sugestões complementares, encontram-se nesta memória os seguintes dados para a construção propriamente dita

**Situação:**—Ilha fluvial ou ilheu maritimo e, em último caso, plateau ou descampado amplo, isolado, apartado, acessível, salubre e cultivável.

**Orientação principal**—N. O. N.

**Natureza de construção**:—alvenaria bem aparelhada.

**Especie de construção**—Pavilhões separados (Block system).

**Cubagem individual dos compartimentos de pernoitar**—35 a 40 metros cúbicos por cada leproso.

**Pavimento da residência do director e do pavilhão-enfermaria**: **rés-do-chão:**— corticite ou lagedo de cimento; primeiro andar: lanitite ou soalho de madeira linoleada.

**Pavimento dos outros pavilhões:**—r/c: corticite ou cimento bem preparado.

**Altura das sapatas:**—80 centímetros.

**Altura das paredes:**—4 metros.

**Paredes:**—Oleadas e as suas cores deverão ser suaves, claras e pouco excitantes, porque o vermelho e as outras côres vivas e excitantes exercem uma acção irritante e nociva nas dermatoses.

**Tecto:**—De rede de ferro, para facilitar a ventilação dos compartimentos.

**Portas:**—Deverão ser de madeira linoleada ou oleada; a sua altura será de dois metros aproximadamente e a sua largura não inferior a 1, 20.

**Janelas:**—A sua altura será de 1, 80 a 2 metros e a sua largura não inferior a 1, 10.

A Junta de Saúde, apreciando o alvitre do seu secretário,

concordou com a resolução do seu presidente, Prof. Wolfango da Silva, *de que no estudo e na resolução prática deste assunto deveriam entrar várias entidades idóneas para em comissão ultimarem os trabalhos e apresentarem uma resolução definitiva, assente sôbre as bases elaboradas.*

*

* *

Em Setembro de 1918 retoma-se o estudo da questão.

A Secretaria do Govêrno pede às Administrações dos Concelhos para informarem *se nas áreas das respectivas jurisdições haveria, para a instalação duma leprosaria, terreno disponíveis do Estado ou se alguma corporação ou indivíduo particular poderia para esse fim cedê-los gratuitamente.*

As respostas abaixo mencionadas indicaram os seguintes terrenos:

*Concelho das Ilhas:*—Ilha de Acaró, propriedade dum particular.
*Concelho de Salcete:*—Qualquer terreno pertencente ás Comunidades Agrícolas.
*Concelho de Bardês:*— As Comunidades de Nerul, Anjuna e Siolim possuem terrenos, mas precisam de ser inspecionados.
*Concelho de Perném:*—Terras do Estado em Torxém ou terrenos oiteirais entre a Cassabé e Parxém.
*Concelho de Sanquelim:*—Não há terreno apropriado para esse fim.
*Concelho de Pondá*:—idem.
*Concelho de Quepém*:—idem.
*Concelho de Sanguém:*—Terrenos do Estado em Quirlapale.
*Concelho de Canácona*:—Terrenos das Comunidades de Canácona ou de Nagorcém, de preferencia estes ultimos.

Em sessão de 26 de Setembro a Junta de Saúde, a quem foram remetidas estas informações, *deliberava que só uma vistoria aos sitios indicados poderia permitir a escolha de algum deles para o estabelecimento da leprosaria; como porém se estava procedendo activamente ao tratamento da lepra pelo processo moderno de Leonard Rogers, processo que, a dar resultado completo,*—acrescentava a Junta—*pode dispensar a leprosaria, é conveniente adiar-se o estudo dêste assunto para ocasião oportuna.*

Com efeito, outro vogal da Junta, Prof. Froilano de Mello, tendo trocado ideias com Rogers sôbre a questão da lepra no Congresso de Sciencias reunido em Lahore, começara em 1918 o tratamento dos leprosos do Asilo de Mapuçá e de um e outro caso no Instituto Bacteriológico por injecções de ginocardato de soda A, auxiliado pelo seu aluno e colaborador Loreto de Sousa. O Govêrno destinou para êste estudo 600 rupias, das quais nem 100 chegaram a gastar-se, visto o ginocardato ser muito barato e as soluções terem sido preparadas e esterilisadas no Instituto.

A Companhia Benemérita de Automoveis, á iniciativa de um dos seus gerentes, sr. Francisco Mascarenhas, havia posto á disposição do Prof. Mello 2 lugares nos automoveis de carreira, sempre que precisasse de ir a Mapuçá tratar os doentes do Asilo. É justo que neste capitulo se façam referências ao seu nome.

*

* *

Em 9 de Dezembro de 1919 o Chefe dos Serviços de Saúde respondendo a uma nota da Secretaria do Govêrno, cujo primeiro quesito era *em quanto deve importar uma leprosaria modesta* dizia:

É necessário precisar como questão prévia qual o tipo da leprosaria. Se se trata simplesmente de um pavilhão para o tratamento dos leprosos, 20 a 25 mil rupias serão, creio, bastantes para a construção.

O número total dos leprosos tem últimamente aumentado muito, e já na Índia Inglesa consideram — sem razão — Gôa como um fóco de lepra.

Não me enganarei muito fixando em 150 o número aproximado dos leprosos no nosso território. O tratamento últimamente feito, segundo o método de L. Rogers, tem dado resultados animadores. Mas parece que êste processo está mais aperfeiçoado, sendo mais rápidas e persistentes as curas obtidas na leprosaria principal de Honolulu.

Se V. Ex.ª deseja uma gafaria tipo insular, essa não custará menos de 300 mil rupias, incluindo a ilha a expropriar. Suponho, porém, salvo opinião mais autorisada de V. Ex.ª, que, em vista dos resultados obtidos pelo ginocardato de soda, êste processo poderá ser posto de remissa, pelo menos enquanto factos posteriores não demonstrem a ineficácia do tratamento que tão brilhantes resultados promete.

.....

*

* *

Em 2 de Março de 1921 o Govêrno punha á disposição de uma grande comissão, cujo presidente era o Chefe de Saúde, secretário o Prof. Germano Correia e vogais os Administradores dos Concelhos, a Canhoneira "Rio Sado", para inspeccionar algumas ilhas do nosso território. Comandada pelo 1.º tenente Bobela da Mota, saíu a canhoneira, levando também o Prof. Froilano de Mello e os oficiais de marinha em serviço na colónia. A comissão inspeccionou a Ilha dos Ratos, a dos Morcegos e a de Angediva e, após longo debate, em que a Ilha dos Ratos foi posta de parte, por causa de uma indústria de fabrico de telhas, aí em plena elaboração, a dos Morcegos, por causa da sua inacessibilidade, sobretudo durante a monção, e a de Angediva, dum lado por ficar muito afastada do nosso litoral e, do outro, por ser extremamente malvica, a comissão pronunciou-se definitivamente pela Ilha de Acaró, cuja aquisição foi proposta ao Govêrno.

*

* *

No distrito de Damão existe igualmente a lepra. Sôbre o que aí se tenha feito para combatê-la, dá nota um oficio do Governador do Distrito, de 25 de Maio de 1925, donde trasladamos o seguinte:

Na aldeia de Marvôr dêste Distrito existe de facto um edifício que foi mandado construir pelo Govêrno por escritura de 16 de Dezembro de 1891, na qual foram outorgantes o Sr. Dom António Pedro da Costa, Arcebispo de Cranganor e 1.º Bispo de Damão, e Amirchande Sachachande, baniane, de Damão, que tomou conta da construção do edifício e da casa anexa para o Administrador pela quantia de 4864 Rps., com a condição de o dar por acabado no praso máximo de 6 meses. O Estado forneceria das matas de Praganã a necessária madeira.

O facto de ser outorgante nesta obra o Bispo de Damão deve-se á circunstância de ter partido de si a ideia da construção da leprosaria, para o que foi aberta uma subscrição pública.

O que é certo é que as importâncias subscritas foram cobradas muito depois da obra terminada e passaram a constituir o seu fundo.

Atingiu a subscrição a importancia de 7405 Rps.

A leprosaria não chegou porêm a funcionar por motivo que ignoro. Não deixou porêm de prestar então serviços ao distrito porque deixaram de se vir acoitar os leprosos fugidos da Índia Inglesa e do nosso territorio fugiam os nossos com medo e receio do internamento.

Em 1896 foi deliberado dar ao edificio construido mas não utilisado um novo destino—o de Asilo de Mendicidade, passando-se para ele igualmente o respectivo fundo.

Tambem este Asilo aí não chegou a funcionar.

Pouco tempo depois, tendo grassado neste Distrito uma epidemia de peste, o Governo do Distrito aproveitou-o e conjuntamente a casa do Administrador para lazareto dos pestíferos. As duas casas existem ainda. Na do Administrador está instalado actualmente um posto de policia.

Na que constituía propriamente a leprosaria, há algum mobiliario pertencente ao Hospital de Damão, mas está actualmente fechada.

Está em razoavel estado de conservação, pois que ainda em 1920 lhe foram feitas grandes reparações.

E' tudo quanto acerca da pensada leprosaria de Marvôr posso informar a V. Ex.ª (a) *A. Delduque da Costa.*

*

* *

No Concelho de Praganã tentou-se igualmente a profilaxia anti-leprosa. Em 12 de Setembro de 1919 o Dr. Aristides da Costa, Delegado de Saúde e encarregado do Governo, comunicava á Secretaria Geral:

Comunicando a Administração do Concelho de Nagar-Aveli, por sua nota n.º 357 de 9 do corrente, estarem a divagar nas aldeias daquele Concelho, especialmente na séde, a pedirem esmolas, individuos atacados de lepra, alguns em estado lamentavel, e propondo, a bem da saúde pública, o isolamento dos mesmos, pede-se a esta Secretaria que, levando o assunto ao conhecimento de S. Exia. Sr. Governador Geral. se digne solicitar as necessárias providencias sôbre o caso, quando não seja aprovado o alvitre apresentado pela referida Administração, de acordo com o Delegado de Saúde daquele Concelho, que é:

*a*) Construção duma barraca para o isolamento dos leprosos.
*b*) Alimentação.
*c*) Vestuário.
*d*) Outras despesas miudas precisas para um ano.

Sendo ao presente o número dos leprosos superior a 30, vivendo em completa promiscuidade com os demais membros da sua familia, a respectiva despesa, calculada pela referida Administração, é de 2300 rps, como consta do adjunto plano, podendo a Administração do referido Concelho, ou o Delegado de Saúde, ficar encarregado de prestar a conta da despesa, no fim do ano.

Contudo, S. Exia. o Sr. Governador Geral se dignará de determinar como tiver por conveniente.

Eis o orçamento elaborado pelo Administrador Soares da Veiga :

*Plano da despesa para a construção de uma barraca e outras despesas prováveis para o isolamento e alimentação de 25 a 30 leprosos durante um ano* :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Construção de uma barraca . . . . . | 300 | 00 | 00 |
| Sustento de leprosos, regulando a 5 rupias cada . . | 1500 | 00 | 00 |
| Pagamento do cosinheiro. . . . . | 120 | 00 | 00 |
| Idem de um servente . . . . . | 102 | 00 | 00 |
| Vestuário e roupas brancas . . . . . | 200 | 00 | 00 |
| Despesas miudas e imprevistas. . . . . | 78 | 00 | 00 |
| Soma . . . . . | 2300 | 00 | 00 |

O Chefe dos Serviços de Saúde aceitou e apoiou o plano, podendo a verba sair do fundo da B. H. S. P., criado pelo Governador Freitas Ribeiro.

Transcrevemos a informação *in extenso* e o despacho respectivo :

Informando a nota junta do Encarregado do Govêrno de Damão, entende esta Secretaria que é de toda a conveniência que se aceite o plano proposto, podendo saír a verba da despesa do fundo de B. H. S. P.

O plano radical não pode ser posto em execução por dificuldades financeiras. Nem seria aproveitável aos indigenas de Nagar-Aveli, que devem ter uma assistência exclusivamente regional.

Convém que se dê urgente solução á proposta, pois é incontestavel que o numero de casos de lepra vai aumentando na provincia de uma forma assombrosa.

Secretaria dos Serviços de Saúde em Nova-Gôa, 19 de Setembro de 1919.

O Chefe dos Serviços de Saúde

(a) *F. Wolfango da Silva*

**Despacho :**

*Concordo e autoriso.*

*20-9-19*

(a) *Bobela Mota.*

*
* *

Como sôbre o assunto da lepra, salvo erro, são os únicos documentos oficiais existentes, donde se depreende que nenhuma medida de combate pôde ser posta em execução por dificuldades financeiras, podemos dizer que nada de efectivo se acha ainda realisado no capítulo da assistência e profilaxia oficial aos leprosos da Provincia.

Para que a informação seja completa, não devemos esquecer que ainda recentemente a S. de Saúde, sob a sugestão do Prof. Victor Dias, forneceu ao Director do Instituto Bacteriológico o Stibenil, que tem sido gratuitamente empregado nos ensaios de quimioterapia anti-leprosa no mesmo Instituto.

E' tudo quanto, oficialmente, se tem feito entre nós.

*
* *

Em todos os países cultos, na obra da assistencia social colaboram intensamente as instituições privadas. No capítulo da lepra, sobretudo, ao espírito de caridade se devem as grandes obras de beneficência, nas quais ocupam certamente a primeira plana os diversos credos religiosos.

Não podia faltar entre nós esse espirito de filantropia e benemerência. Duas instituições privadas teem dado aos leprosos de Gôa uma parcela bastante grande do seu esforço. São o Hospicio de Margão e o Asilo de Mapuçá.

Não tendo á mão todos os elementos de informação relativos a êstes dois estabelecimentos, vamos transcrever um oficio da Direcção do Hospicio, dirigido ao chefe dos Serviços de Saúde pelo qual se pode fazer ideia, seja da sua larga acção filantropica, seja, até certo ponto, da extensão da lepra em em Salcete :

"Foi em 1900-1901 que o Albergue do Sagrado Coração de Jesus, Filial a êste Hospício, estabeleceu subsídios domiciliários de duas rupias cada, a semelhantes doentes (*lepra*) que não podiam ser tratados no hospital, dada a incurabilidade da sua molestia, nem ter ingresso no mesmo Albergue, por serem portadores duma doença contagiosa. A excessiva modicidade na fixação do subsidio, justificava-se pela carência de recursos, num estabelecimento mantido ao tempo únicamente pelas contribuições dos caritativos da vila.

Desde êsse ano até 1906, o mesmo Albergue subsidiou, em cada um daqueles anos, 6, 4, 5, 7, 8 e 12 leprosos de Margão, não extendendo a sua acção por iguais doentes doutras freguesias, porque, sendo o Albergue uma instituição destinada então únicamente para os indigentes da vila, quaisquer subsídios que pudesse conceder tinham de se limitar aos leprosos pobres de Margão e ainda porque os bem escassos recursos daquele estabelecimento não permitiam maior expansão.

No ano imediato, porém, afigurando-se à Direcção dêste Hospício que a percentagem, cada vez maior, desses doentes fosse porventura causada pela promiscuidade em que eles viviam com os membros da sua família e ainda pelo franco convivio com as pessoas da sua localidade

tomou para o Hospício o encargo de lhes ministrar esses subsídios, exigindo-lhes porém o seu afastamento das povoações. E como meio para a sua efectivação prática estabeleceu que o abono mensal do subsídio ficasse dependente dum certificado da respectiva Regedoria, declarando que o doente não divagava pela localidade, vivendo em sua casa.

Assim veio concedendo subsidios desde o ano 1907 até 1921, primeiro de 2 rupias e depois de 2 ½, 3 e 4 rupias ao mês, a 9, 17, 19, 27, 28, 27, 43, 47, 45, 38, 31, 48, 37, 39 e 59 leprosos do Concelho de Salcete, como melhormente esclarece a nota junta.

Os resultados, porém, não corresponderam aos intuitos que presidiram à concessão desses subsidios, pois os beneficiados andavam livremente por toda a parte, entregando-se aos seus misteres, contribuindo êsse factor para a disseminação da terrível doença. Doutro lado, era forçoso reconhecer que o subsídio era por demais deficiente para os tempos actuais, circunstância que obrigava os leprosos adquirirem por outra forma meios para o seu sustento.

Para obviar às graves consequencias resultantes das condições em que viviam êsses infelizes, impunha-se outra solução, qual a de procurar recolhê-los numa instalação adequada. Não podia, porém, desde logo o estabelecimento adoptá-la, porque vários outros serviços de assistência, de não menor importância, prendiam a sua atenção, como o da hospitalisação e tratamento dos tuberculosos e alienados abandonados à sua triste sorte, sem uma enfermaria apropriada onde pudessem encontrar alívio aos seus sofrimentos.

No entanto, o índice dos doentes de lepra ia assustadoramente crescendo. O Hospício não podia por agora tomar mais o encargo duma ga faria, por não o permitirem os seus recursos financeiros, sobre tudo pela desvalorisação dos seus avultados fundos colocados em Portugal. Mas ao mesmo tempo uma solução, embora de carácter provisório, impunha-se com o fim de evitar a propagação do mal.

Sabido que a *Missão Americana* estabelecida em Vingurlá tinha um asilo, embora em condições rudimentares de conforto, mas que ministrava um dos tratamentos modernamente mais preconizados nessa doença, entrou em acôrdo com o director daquele Hospital e fez internar em 1922, naquele asilo, 19 doentes de diferentes freguesias, custeando o Hospício a alimentação @ 10 rupias mensais e êsse número foi-se elevando de ano em ano, pois em 1923 subiu a 33, em 1924 a 45 e em 1925 a 49, não deixando todavia o Hospício de subsidiar os restantes leprosos do Concelho, que continuavam a viver nas suas casas, visto o estado muito adiantado da sua doença não lhes permitir ingresso naquele hospital.

Os subsidios desde 1922 até 1925, incluindo os abonados aos leprosos falecidos nestes ano, foram distribuidos:

| | Em Vingurlá | Em Salcete | Total |
|---|---|---|---|
| Em 1922 | 19 | 53 | 72 |
| 1923 | 33 | 33 | 66 |
| 1924 | 45 | 30 | 75 |
| 1925 | 49 | 27 | 76 |

Além dísto o Hospício concorreu, desde 1914 até o ano findo, com a importância anual de 300 rupias para a manutenção dos leprosos existentes no Asilo de Matunga (Bombaim), naturais de Goa, que o Govêrno daquela Presidência pretendia repatriar, caso o mesmo asilo não fosse indenisado das respectivas despezas.

A tanto se tem limitado por agora os benefícios desta Instituição, que despende actualmente cerca de 7 mil rupias, ao ano, na concessão dêsses subsídios. E se mais não faz, é unicamente porque os seus recursos não permitem exercer a sua acção à medida das exigências dos tempos actuais.

Tivesse realização a louvável iniciativa duma instalação central para todos os leprosos de Goa, não teria o Hospicio dúvida de dotar êsse es-

tabelecimento com a importância que ora destina para subsidios, enquanto êste Hospício não possa efectuar o seu plano de um asilo próprio.

..... .....

Saúde e fraternidade

Secretaria do Hospício em Margão, 8 de Julho de 1925.

O President e da Direcção,

(a) *Brás Condorcet Bruto da Costa.*

**N. B.**—*Está apensa a este ofício uma lista contendo os nomes dos leprosos subsidiados pelo Hospício. O Instituto Bacteriológico possue a relação completa de todos os individuos sôbre que incidiram as investigações referentes á lepra. Entende, porém, não dever publicar os seus nomes para não infringir as leis do sigilo profissional. Como o processo relativo a estes casos vai ser entregue á Secretária de Saude, a todo o momento, poderá ser consultado pelas autoridades sanitárias ou administrativas, caso se ponham em execução as medidas que a Conferência sugerir.*

Quanto ao Asilo de Mapuçá, que desde longo tempo recolhe doentes leprosos, adentro das suas possíbilidades financeiras, sendo o primeiro estabelecimento dêsse género que á iniciativa privada deve a sua existência, não nos chegaram, infelizmente, os dados necessários para ser, com justiça, apreciada nesta memória a sua acção no nosso país. Esperamos que os delegados de tão útil instituição suprirão na Conferência de Lepra a lacuna das nossas informações, para que êste capítulo da História da Medicina na Índia Portuguesa seja possivelmente completo.

*

* *

Destinando-se êstes trabalhos para a Conferência Provincial de Lepra, nada mais simples do que expôr singelamente o que está feito, para que se decida o que se deve fazer.

O problema da lepra, versado em conferências internacionais,interessa hoje toda a Humanidade. Não pode um povo culto como o nosso relegar ao abandono os seus leprosos, sob pena de cometer um crime que nos envergonharia, por ir afectar a alma da nossa Cultura, por ir afrontar a Consciência da Humanidade e da Civilização.

Estejamos todos de acôrdo que êste lamentável estado não pode continuar. Dos homens de fé e boa vontade é a vitória na vida. E trabalhando com fé e com bôa vontade surgirá da Conferência um plano harmónico em que Govêrno e povo, dando-se as mãos, procurarão proteger a sociedade contra a lepra e proteger os leprosos contra o infortúnio que lhes mutilou a vida.

# *Résumé*

La lèpre existe dans L'Inde Portugaise, depuis longtemps et malgré que l'impression genérale tend à lui signaler un grand developpement dans ces dernières années, ou ne saurait l'affirmer avec precision, par manque d'une statistique rigoureuse. Maladie à peine connue du grand public qui n'envisage que les états avancés des léonins ou des mutilés, souvent confondue avec les plus diverses dermatoses, passant quelquefois inaperçue dans ses formes frustes même à des cliniciens non spécialisés dans ce chapitre de dermatologie, on comprend q'une statistique basée sur des informations dépourvues d'une haute rigueur scientifique, ne saurait repondre aux buts de l'Hygiène et de la Prophylaxie sociale.

L'Institut Bacteriologique de Nova-Gôa s'etant mis à étudier la lèpre dans l'Inde Portugaise, et destinant à ce sujet quelques mémoires que seront presentés á la discsssion de la Conférence Provinciale de la Lèpre, enregistera dans cette note tout ce qu'on a fait ou essayé de faire jusqu'à cette date pour combattre la maladie dans notre pays.

*

* *

Le 15 Fevrier 1916, le secretaire du Comité de Santé, Prof. G. Corrêa, calculant en 100, environ, le nombre des lépreux à Gôa—calculs fondés sur les informations fournies par les officiers de Santé dont voici les chiffres: Ilhas 5, Bardez 13, Salsete 40, Sanquelim 2, Sanguem O, Pondá 2, Canácona 4, Satari O, Quepem 2, Pernem 4 ou un total de 71 que l'auteur élève à une centaine à cause des omissions si naturelles dans un tel sujet—propose la construction d'un *village leproserie* indiquant comme idéale pour ce but l'île fluviale *d'Acaró*.

Sous l'indication du Président, et Chef du Service de Santé, Prof. Wolfango da Silva on décide que la solution pratique de ce problème comporte la collaboration d'autres entités administratives pour aider le Gouvernement à prendre des mesures sur les bases élaborées par l'auteur du projet.

En Septembre 1917 le sujet est repris. Les Administrations des *concelhos* informent le gouvernement sur les divers endroits où l'on pourrait établir une léproserie, en indiquant en même temps leurs propriétaires. On décide de faire une inspection à ces endroits pour en choisir le plus convenable. Entretemps on ajourne cette question pour plus tard en vue des resultats encourageants obtenus par l'autre membre du Comité de Santé, le Prof. Froilano de Mello, dans le traitement des lépreux par les gynocardates. L'auteur aidé par son élève L. de Sousa, eut de la Direction de l'Asyle de Mapuçá et de la Compagnie des Automobiles (Fraternale) le plus chalereux appui pour son œuvre.

Le 2 Mars 1921 le gouvernement met à la disposition du Chef du Service de Santé et de la grande Comission chargée de ce problème la canonière Rio Sado pour une inspection à nos îles maritimes. L'île d'*Angédiva* est très malsaine et reste trop écartée de notre littoral; les ilôts des *Morcegos* ne permettent pas un accès facile, surtout pendant la monsion S. W; dans l'île fluviale des *Ratos* une fleurissante industrie s'oppose à l'établissement des lépreux dans son territoire. L'île d'*Acaró* est donc définitivement choisie et son acquisition proposée au governement.

*

* *

Dans le districte de Damão il y a encore quelques bâtiments dans le village de *Marvor* destinés par son fondateur pour un asyle de lépreux. Néanmoins ils n'on jamais été utilisés pour ce but.

*
* *

Dans le departement de Praganã le Dr. A. Costa a essayé sans resutat—il nous semble—une infirmerie d'isolement des lépreux en 1919.

*
* *

Le service de Santé a mis dernièrement à la disposition de l'Institut Bactériologique le Stybénil pour ses expériences de chimiothérapie antilepreuse.

On peut donc dire que des difficultés financières n'ont pu permettre jusqu'à cette date l'adoption d'aucune mesure antilépreuse pratique et efficace.

*
* *

Dans touts les pays les Institutions de Charité collaborent avec les gouverments pour combattre la lèpre. Á Gôa cette tâche a été remplie par l'Asylo de Mapuçá et par l'Hospicio de Margão.

On n'a pu avoir toutes les informations concernant l'Asylo de Mapuçá qui depuis longtemps isole et soutient quelques uns de nos lépreux. Il serait à souhaiter que les delegués de l'Asylo à la conférence completent les informations qui manquent.

L'Hospicio de Margão a exercé son rôle humanitaire, destribuant d'abord de ssubsides domiciliaires aux lépreux qui montent de 2, $2^1/_2$, 3 et 4 roupies par mois, destribués depuis 1907 à 1921 par 9, 17, 19, 27, 28, 27, 43, 47, 45, 38, 31, 48, 37, 39 et 59 lépreux du *concelho* de Salsete. Depuis 1922 l'Hospicio soutient, @ 10 roupiès par mois, quelques lépreux dans l'Hopital de la Mission Americaine à Vingurlá, outre ceux qu'il aide à Salsete. En voici les chlffres : 1922, 19 à Vingurlá, 53 à Salsete; 1923, 33 à Vingurlá, 33 à Salsete ; 1924, 45 à Vingurlá, 30 à Salsete ; 1925, 49 à Vingurlá et 27 à Salsete. L'Hospicio contribue aussi depuis 1914 jusqu'à cette date avec 300 Roupies annuelles pour le maintien des lépreux de Gôa dans l'Asyle de Matunga à Bombay dont le gouvernement les aurait repatriés sans le versement de cette somme.

# SUBSÍDIOS PARA A ESTATISTICA DOS LEPROSOS DE GOA

POR

*Escolástica Gracias, Alfredo d'Araújo e F. X. Sequeira Nazaré*

**( Trabalho organizado sob a direcção e com a colaboração efectiva do Prof. Froilano de Mello. )**

Instituto Bacteriológico de Nova Goa e Gabinete de Microscopia da Delegação de Saúde de Salcete.

Qualquer trabalho de profilaxia e de combate á lepra num país, tem de se assentar sôbre uma estatística, mais ou menos completa, dos casos de lepra, existentes nesse território. Dificuldades de vária ordem surgem a cada passo, na nossa província, para que essa estatística possa ser a expressão precisa da verdade e, assim, o número dos casos que neste capítulo vão apontados, com discrições clínicas detalhadas, devidas ao esforço pessoal dos que tentaram abordar êste problema, ficará certamente aquém do número real dos leprosos do nosso país. As dificuldades a que nos referimos podem ser agrupadas em duas classes.

*A : de ordem clínica* :

1.º Casos de lepra típica, mas com lesões mínimas, ora uma mancha anestesica ou eritematosa, ora uma atrófia muscular e retracção tendinosa da zona infectada, que passam despercebidos, sem um exame clínico detido e minucioso.

2.º Casos de lepra em início em que a lesão não apresenta ainda todos os caracteres, descritos clássicamente em perturbações de origem hanseniana. Neste grupo entram especialmente crianças e adolescentes, vivendo no *entourage* dos leprosos, cujas lesões só mais tarde evoluem para o tipo clássico de lepra.

3.º Casos de indivíduos aparentemente sãos e nos quais o único sintoma mórbido é denotado por uma rinite específica.

É inútil encarecer a importância e o conhecimento destas

três classes, que reclamando da parte do investigador uma educação bem especialisada, visam a pesquizar a doença ainda no seu início, afim de se fazer prontamente seja a profilaxia, seja o tratamento ( quimioterapia ) que em tais casos dá as melhores probabilides de cura real ou aparente.

*B: de ordem social*:

1.º Caso que ocorrem em famílias abastadas e que são encobertos à inspecção sanitária por se julgar a lepra uma doença infamante.

2.º Casos ocorrendo nas populações boçais, onde a lepra tem, mais que em outra parte, condições de propagação, e sonegados à inspecção sanitária pelo medo à segregação. Um exemplo frizante dêste último facto tivemo-lo no estudo do fóco de Santa Bárbara e que será descrito na altura respectiva.

O presente capítulo compreende duas partes, ambas se guindo, lógicamente, a orientação que presidiu à confecção da nossa estatística. Na primeira são descritos por aldeias os casos tipicos de lepra, macroscopicamente diferenciáveis, mesmo a olhos leigos.

Na segunda os casos de lepra frustos, com lesões mínimas, descobertos na família ou no *entourage* dos doentes do primeiro grupo.

Em cada descrição apontar-se-há o nome de colaborador a quem coube a pesquisa do respectivo caso. No fim dêste capítulo juntar-se-há, como apendice, o estudo dos leprosos de Gôa, internados nas *leprosarias* da *India Inglesa*, bem como e resultado das pesquisas nas famílias respectivas, vivendo no nosso território.

# SECÇÃO I

# Casos de Lepra Típica

## CONCELHO DE SALSETE

## VILA DE MARGÃO

### Obs. 1 ( *Escolástica Gracias* )

**Lepra mixta**

F ..... natural e residente em Bordá, de Margão, casado, da idade provável de 35 anos, trabalhador de enxada, gosava sempre de saúde e era regularmente constituido.

*Antecedentes heriditários e familiares*:—Nada de importante.

*Historia da doença*:—Há dois anos, continuando a trabalhar como sempre, sentira uma forte comichão por todo o corpo, especialmente nas pernas e nos pés; mas julgando que fôsse uma coisa banal, continuou o seu trabalho habitual, até que, finalmente, um dia, notou duas manchas negras do tamanho duma moeda de um real, segundo diz o doente, sôbre o dorso da mão esquerda, sendo uma situada na parte média do dorso e a outra quási ao nível do bordo cubital da mesma mão, não lhe ligando porém importância.

Semanas depois viu que as manchas, longe de irem desaparecendo, iam aumentando e apereciam máculas hipercrómicas novas sôbre o abdómen, um pouco para cima do embigo.

Estas manchas foram aumentando sucessivamente em número, tornando-se difusas por todo o corpo e tomando ao mesmo tempo um carácter furfurácia.

O doente não sabe precisar bem a envolução posterior.

*Estado Actual:*—Finas manchas acrómicas, quási punctiformes e furfuráceas, mas em pequena quantidade, nas duas regiões malares.

Manchas acrómicas e furfuráceas no pescoço, dorso, abdómen, membros superiores e inferiores, mas não muito densas, exçeptuando as duas pernas onde as manchas furfuráceas são tão confluentes e densas que formam quási uma única placa acrómica e furfurácea.

Uma mancha hipecrómica circular, tendo de diámetro quási 2 centímetros, na parte média abdómen, dois dedos para baixo do embigo.

Esta mancha conserva intacta a sensibilidade táctil, mas a térmica está atenuada e a dolorosa abolida. Duas manchas negras de contornos policíclicos e de dimensões variadas, sendo a maior situada no terço inferior da face anterior-externa de perna esquerda e a menor na mesma face, mas um pouco mais para cima e para fóra da anterior. Esta macha apresenta, como a do abdómen, a sensibilidade táctil conservada, a térmica atenuada e a dolorosa abolida. As pernas e os pés estão muito edemaciados ( edema paquidermíco ), incluindo os dedos dos pés, escoando serosidade abundan-

te á picada. As sensibilidades térmica, tactil e dolorosa normais em todo o corpo, menos nas manchas a que me referi acima e nos pés onde estão completamente abolidas.

A pituitária insensivel, sangrando com facilidade, embora não tenha coriza.

Estado geral miserável. O doente não pode estar sentado, nem de pé, senão por uns momentos (5 a 10 minutos) e isto mesmo, com grande esforço, não porque tenha paresias mas por astenia muscular.

Tem aspecto dum idiota e irrita-se por qualquer coisa.

Nunca se queixou de cefaleia, nem de dores do corpo. Não tem nenhuma perturbação motora. Tem anemia profunda. Queixa-se de anorexia e dificuldade de digestão.

### *Exame Bacteriológico*

*Frottis de escama:* Negativo.
*Frottis de serosidade:* Negativo.
*Do nuco nasal:* Positivo. Bacilos em grande quantidade. Todos se encontram agrupados.

Não tem cocus.

### *Condições Higienico-Sociais*

O doente vive na sua própria casa, mas não tem nenhum outro membro da familia, alem da sua mulher e uma sobrinha, que vivem separadas do doente numa barraca, mesmo ao lado da casa, desde que êste apresentou as primeiras manifestações cutâneas leprosas.

A mulher só entra em casa, para lhe levar a refeição.

A sua casa não é frequentada por ninguem e o doente não está em condições de poder sair da casa.

É pobre e, impossibilitado como está de trabalhar, governa-se com grandes dificuldades só com o miserável ganho da mulher.

Na sua visinhança ha mais dois casebres.

## Obs. II (*Escolástica Gracias*)

### Lepra mixta

F.... natural e residente em Agadi, de Margão, da idade provável de 40 anos, casado, cavouqueiro.

*Antecedentes pessoais:*—Há quatro anos, teve uma bôlha, na planta do pé, que supurou e se abriu expontâneamente, sarando a ferida em pouco tempo, independentemente de qualquer tratamento.

A bôlha era indolôr como também a ferida proveniente da abertura dessa bôlha.

Semanas depois notou umas manchas brancas muito pequeninas no abdomen, que desapareceram em algum tempo, sem nenhum tratamento.

Há um ano que foram aparecendo sucessivamente as lesões que actualmente apresenta.

*Estado actual:*—Infiltração tuberculosa, com ligeira hipertrofia, nos pavilhões de ambas as orelhas. Além da infiltração apresenta tubérculos salientes, não muito grandes, nas duas orelhas.

Infiltração muito marcada, com tubérculos salientes, em todo o rosto, com o brilho e a untuosidade, caracteristicos das leprides cutâneas. O rosto apresenta sensibilidade normal e oferece o aspecto da máscara leonina, pela abundância dos tubérculos, mais confluentes acima do sulco naso-geniano.

Tubérculos dérmicos, disseminados por todo o braço direito. O esquerdo também apresenta tubérculos, mas em menor quantidade. Tubérculos, de dimensões variadas, nas coxas e nos joelhos. As pernas não teem tuberculos, mas apresentam manchas acrómicas furfuráceas..

Actualmente não apresenta máculas no corpo, exceptuando nas pernas.

Diz que nunca teve epistaxis.

Tem as narinas obstruidas por crostas e a pituitária, que está hiperestesiada, sangra com facilidade. Não tem coriza. O olfato conserva-se normal.

Não tem alteração do sistema piloso.

As sensibilidades, térmica e dolorosa, estão abolidas nas pernas e nos pés. A tactil conserva-se normal.

Nenhuma paralisia nem atrofia muscular. O nervo cubital direito hipertrofiado, moniliforme e indolôr.

Nenhum gânglio hipertrofiado.

Estado geral bom.

### *Exame Bacteriológico*

Do muco nasal: Positivo. Bacilos em grande quantidade. A maior parte agrupados e raros isolados.

*Frottis do tuberculo.* Negativo.

### *Condições Higienico-Sociais*

Vive isolado numa barraca, mesmo ao lado da casa. Continúa trabalhando e andando por toda a parte.

A mulher é quem lhe leva as refeições.

Ao lado da casa do doente, há um ou outro casebre.

È pobre e vive do seu ganho pessoal.

## Obs. III ( *Sequeira Nazaré* )

### Lepra mixta

F... hindú, da idade provável de 20 anos, solteiro, morador no bairro *Comba*, doente há sete anos, órfão de pai, que morreu de peste, há dez anos.

*Estado Actual* : infiltração das orelhas, lábios e asas do nariz ; queda das sobrancelhas e pestanas ; a pele escamosa por todo o corpo, com várias placas acrómicas e algumas manchas negras, isoladas, nas coxas e nas pernas ; infiltração dos pés e, sobretudo, do direito. Aspecto lusidio e untuoso dos membros inferiores ; mutilações dos três últimos artelhos ; ulcerações ao nível das tuberosidades femorais externas. A pituitária pouco sensível mas sangrando fácilmente á pressão.

*Sintomas nervosos* :

Sensibilidade—exagerada ao nível das manchas ; abolida no pé direito, edemaciado.

*Exame Bacteriológico* : mucus nasal ; positivo, bacilos raros ; sangue ; neg.; secreção das ulcerações : neg.;

*Condições higiénico-sociais:* É pobre, subsidido pelo Hospício. Mora em um compartimento acanhadíssimo dum casebre imundo. O doente não sai de casa, porém, como a família tem hábitos licenciosos, dando guarida a meretrizes, a casa e, mesmo, o quarto do doente são imensamente frequentados.

### Obs. IV (*Sequeira Nazaré*)

#### Lepra maculosa

F.... de 11 anos, solteiro, irmão do precedente, de constituição fraca, temperamento linfático.

*Estado Actual:*—Apresenta duas manchas eritematosas, hipercrómicas, em ambas as espáduas; uma mancha acrómica no espaço inter-escapular; três manchas pequenas, acrómicas, também, na região sub-clavicular esquerda e, finalmente, uma larga mancha acobreada, descendo da base do pescoço á região epigástrica. Os pés e os terços inferiores das pernas apresentam-se untuosos e lusídios.

*Sintomas nervosos*:

Sensibilidades:—Normais por todo o corpo, mesmo ao nível das manchas.

*Exame Bacteriológico:*—mucus nasal: negativo.

*Condições Higiénico-sociais:*—Identicas ás do precedente.

**N. B.**—*Apesar do exame bacteriológico ser negativo, não temos duvida em classificar este doente e outros similares, como casos tipicos de lepra.*

### Obs. V. (*Sequeira Nazaré*)

#### Lepra tuberculosa

F.... indú, de 9 anos, solteiro, não exercendo a sua profissão actualmente e morando á piquena distância da casa do doente da Obs. III.

*Antecedentes hereditários:* Nada de importante.

*Pessoais*: Teve variola confluente, seguida de sarampo, há 10 anos proximamente; antes e depois disto freqüentou a casa do doente da **Obs. III**. Logo depois do sarampo teve uma erupção fina, pruriginosa, permanente, por todo o corpo e que passou, apenas há um ano, em seguida ao tratamento *intus* e *extra* dum hervánario; porém há já 5 anos teve tuberculos confluentes na orelha esquerda, tendo-se desenvolvido outros, a seguir, no nariz, nos malares, lábios, mento e orelha direita.

*Estado Actual:* nariz *en lorgnette*, com desvio e levantamento da asa esquerda, apresentando no bordo livre uma pequena reintrância; tuberculos nas orelhas, malares, mento, nariz e lábios. Infiltração das articulações inter-falangianas dos dedos das mãos e dos pés.

*Sensibilidade:* Normal, excepto na pituitária que é insensivel, sangrando fácilmente.

*Exame Bacteriológico:* mucus nasal: positivo, bacilos abundantes, agrupados e isolados.

*Condições Higienico-Sociais:* Vive numa barraca, em promiscuidade com a família. Anda e passeia livremente pelo bairro. E' remediado; o pai e o irmão exercem o mister de barbeiros.

### Obs. VI *(Sequeira Nazaré)*

**Lepra maculo-eritematosa**

F.... de 22 anos, irmão do precedente, barbeiro.

*Estado Actual*; Uma mancha rósea, ovalar, na face posterior do braço direito; largas manchas, também, roseas mas irregulares na face posterior dos cotovelos, tendo o aspecto de herpes circinada.

*Sensibilidades*: Normais ao nivel das manchas.

*Exame Bacteriológico:* Mucus nasal; negativo.

### Obs VII *(Sequeira Nazarê)*

**Lepra mixta**

F.... de sexo feminino, casada, de 60 anos, moradora atraz da capela do *batalhão*.

*Antecedentes familiares:* um irmão desta doente, morreu de lepra, convivendo com a irmã que é objecto desta observação.

*História da doença:* Há quatro anos teve uma arranhadura na face externa da perna direita, proveniente da picada dum espinho de perpétua; cicatrisou-se esta ferida, aparecendo no local, tempos depois, uma mancha escura e a seguir a esta várias outras pelo tegumento das pernas.

*Estado Actual*: Nariz e lábio superior ligeiramente infiltrados; Queratite supurada do ôlho direito; escamas nos ante-braços e nas pernas, muitas delas negras; dedos das mãos e dos pés infiltrados, em fusos, onixis em todos; mutilação do 4.º artelho esquerdo.

Além das manchas, atrás mencionadas, tem uma circular, negra, tamanho de meio poiçá, no calcanhar esquerdo. Pituitária sêca, sangrando, porém, á pressão.

*Sensibilidades*: A dolorosa e a tactil abolidas nos pés e nas mãos, nos dois terços inferiores das pernas e no terço inferior dos ante-braços. A térmica pervertida, dando o calor a sensação de picadas, no terço superior das pernas, nos punhos e nas mãos.

*Exame Bacteriológico:*—Mucus nasal: positivo, b. agrupados e isolados.

*Condições Higiénico-Sociais:*—Mora em casa própria, higiénica e com regular confôrto, em comisturação, com toda a família. E' mulher dum alfaiate remediado. Uma filha casada em Margão, é leprosa, igualmente, há 12 anos e vive em Bombaim.

### Obs. VIII *(Sequeira Nazaré)*.

**Lepra maculosa**

F.... de 65 anos, marido da precedente, alfaiate.

*Estado Actual*: Larga mancha acrómica, de centro ligeiramente pardo na espádua direita.

*Sensibilidade:* A térmica e a dolorosa completamente abolidas ao nível desta mancha, conservando-se, porém, a tactil.

*Exame bacteriológico*:—mucus nasal negativo.

*Condições Higienico-sociais:*—Vive em bôas condições higienicas. E' hoje um proprietario abastado.

### Obs. IX (*Sequeira Nazaré*)

**Lepra Maculosa**

F.... de 15 anos, estudante, filho dos dois doentes precedentes. Rapaz bem constituido.

*Estado Actual*: Apresenta uma grande mancha acrómica na base da face lateral esquerda do pescoço. Teve manchas identicas, hoje desaparecidas. no rosto e no torax.

*Sensibilidades*: Ao nível da mancha descrita; Térmica bastante atenuada, dolorosa abolida e tactil conservada.

*Exame bacteriológico*: mucus nasal: negativo

*Condições higiénico-sociais*: Identicos às dos dois últimos.

### Obs. X (*Sequeira Nazaré*)

**Lepra mixta**

F .... do sexo masculino, da idade provável de 47 anos, viúvo, morador atraz da Repartição da Fazenda, carpinteiro, não trabalhando actualmente.

*Antecedentes heriditários e familiares*: nada de importante.

Não se apura a proveniencia de contágio.

*Estado actual*: Forte infiltração tuberculosa nas orelhas; garras nos dedos das mãos e úlceras em alguns; manchas vitiliginosas, alternando com escamas negras e furfuraceas, nas plantas dos pés.

*Sensibilidades*: Atenuadas nos dois terços inferiores dos ante-braços e no terço inferior das coxas, completamente abolidas, nas mãos, pernas e pés.

*Exame bacteriológico*: mucus nasal: positivo, bacilos raros.

*Condições Higiénico-Sociais*: E' pobre e inválido. Vive em casa própria.

**N. B.** *Os casos registados no bairro Comba de Margão, constituem um fóco de lepra que, estendendo-se de* proche en proche, *atacou mais de uma familia no curso dos últimos 30 anos. A história epidemiológica deste fóco que não é tão completa como a desejariamos, não deixa, todavia, de ter um certo interêsse. Existiu em Comba, há 20 ou 30 anos atrás, uma familia, composta de mãe e duas filhas, da qual ficaram atacadas de lepra e sucumbiram duas pessôas, sobrevivendo uma das raparigas que se acha actualmente indene. Esta casa era frequentada por um rapás, que contraiu a lepra de que veio a falecer, contaminando por seu turno a irmã (obs. VII) Foi na mesma casa que parece ter sido atacado de lepra um outro visinho, já oje falecido e que teria sido a origem do contágio de um caso de lepra frusta (obs. 6.º), existente na sua familia, e do leproso a que se refere a nossa obs. 3.ª, o qual por sua vez contagiou o doente da obs. 5.º que costumava passar nesta casa os momentos que lhe deixava livre a sua vida de estudante.*

## ALDEIA DE NUVÉM

### Obs. XI (*Escolástica Gracias*)

**Lepra mixta**

F. . . natural Quirbata de Nuvém, de 19 a 20 anos, soltei-

ro, vivendo actualmente numa barraca isolada, no bairro da Igreja da mesma aldeia.

É orfão de pai, que morreu, não se apurando qualquer doença contagiosa. A sua mãe aparentemente sã para um leigo, está também atacada de lepra.

Já faleceram de lepra, um avô e dois tios maternos, um destes, que foi o último a falecer, morreu há uns 10 ou 12 anos.

*História da doença*—Convivera com um dos seus referidos tios que, só depois de algum tempo de francas manifestações cutâneas, ficara isolado, numa barraca improvisada.

A doente reporta a 3 anos e meio o seu mal.

Não pude apurar se a invasão primordial do organismo, pelo bacilo de Hansen, fôra silenciosa ou não.

O doente sabe, apenas, dizer que no início tivera umas manchas brancas no abdomen e, uma ou outra, na face externa do braço direito. Na periferia dessas manchas, foram aparecendo, sucessivamente, umas granulações que, a princípio, mais se sentiam à palpação, do que se viam, e que só mais tarde faziam saliencia nos tegumentos.

*Estado actual*: Estado geral bastante regular.

Maculas acrómicas, acima de lóbulo esquerdo de nariz, algumas nas costas, irregularmente dispostas, de contornos também irregulares e de tamanhos diversos. Infiltração tuberculosa, de granulações visíveis, na extremidade e nos lóbulos do nariz, em ambos os lábios, principalmente no inferior, nas regiões malares, nos pavilhões de ambas as orelhas. Infiltração tuberculosa, simétricamente disposta, nos dois lados, na face posterior dos braços, nas mãos e nos dedos, sendo porém os tuberculos mais salientes do lado esquerdo. Tubérculos nos tegumentos de ambos os joelhos, nos terços inferiores das pernas e na face dorsal dos pés. Manchas furfuraceas, negras, nas faces anteriores das pernas. Gânglios hipertrofiados em ambas as virilhas, 3 do lado esquerdo e 2 do lado direito, duros e pouco moveis, com empastamento periganglionar.

A sensibilidade tactil e termica conservada, em todo o corpo, a dolorosa bastante atenuada. Esta atenuação é mais sensível ao nível das manchas negras que apresenta nas pernas.

As manchas brancas do início da doença, estão, actualmente, substituidas por infiltração tuberculosa, em várias partes do corpo.

Os tegumentos apresentam, em várias partes, o aspecto cúprico, com o seu brilho caracteristico.

No rosto nota-se esse enduto gordo que dá às leprides cutâneas a sua untuosidade peculiar.

Não tem corisa. Não notei outras perturbações do sistema nervoso além das da sensibilidade.

Os seios estão sãos. A menstruação regular.

## *Exame bacteorológico*

*Frottis do tubérculo*: Positivo para o bacilo de Hansen.

Encontram-se bacilos e cocus em grande quantidade.

Os bacilos, se veem geralmente, agrupados, alguns isolados e outros em cadeia.

*Do muco nasal*: positivo. Tem grande quantidade de bacilos, todos agrupados. Não se vê bacilos isolados.

## *Condições higienico-sociais*

A doente pertence a famílias pobres, vivendo do trabalho quotidiano.

Vive; hoje, isolada numa barraca de olas (folhas de palmeiras), no sopé dum oiteiro. Ninguém lhe faz companhia e a pobre rapariga passa ainda as noutes, sósinha.

A mãe, que lhe leva os alimentos e não se julga infectada, traz já bacilos de Hansen, no seu muco nasal.

Tendo eu estado em casa do seu irmão, onde mora também a mãe, vi que toda aquela gente não tinha a mais rudimentar noção da higiene necessária para se evitar a contaminação da lepra, de que é já vitima a mãe que, com certeza, a seu turno vai fazer novas vítimas.

## Obs XII (*Escolástica Gracias*)

### Lepra tuberculosa

F... natural e residente em Odogue, bairro de Nuvém, solteiro, da idade provável de 40 anos, trabalhador de enxada, sem antecedentes hereditários dignos de menção.

Esse bairro tem 12 casebres e 2 deles ficam muito proximos da casa do doente.

Na visinhança da sua casa, logo para trás, existia uma casa, hoje desmoronada, onde morrera um leproso há 3 anos. Vivera tambèm neste bairro, mais um sujeito, que andava por toda a parte, sem ter domicílio certo e que, nos últimos anos da sua vida, estivera isolado numa barraca, não muito longe da casa do doente a que me refiro, por ter já francas manifestações cutâneas de lepra. Embora o sujeito estivesse isolado na barraca, demorava-se aí muito pouco tempo durante o dia, porque passava o seu tempo passeando pelo bairro todo. Êsse segundo leproso, morrera há 8 anos.

*História da doença*—O seu mal começou, há 6 anos, por uma mácula rósea, lepride anular, no flanco esquerdo, sobrevindo mais tarde, outras difusas pelo corpo todo.

Durante 3 anos, as suas manifestações não passaram de máculas brancas e róseas de contornos muito irregulares e de tamanhos diversos Não tivera exantema.

*Estado actual*—Infiltração tuberculosa nos dois pavilhões das orelhas, que se acham ulcerados em alguns pontos e deformados Granulações, nos dois lábios, nos lóbulos do nariz, nas regiões sub-orbitárias, invadindo as regiões malares. Raros tubérculos mais grossos e do tamanho duma ervilha, disseminados pelo peito e pelo abdómen, notando-se um, bastante saliente, uns 4 dedos para baixo do mamilo esquerdo. Raros tubérculos, na face postero-externa do braço e no cotovelo do lado esquerdo, no dorso da mão do mesmo lado que se encontra edemaciada, com um tubérculo grosso.

Os dedos da mão esquerda infiltrados e engrossados, a extremidade do dedo mínimo ulcerada e o indicador sem uma grande parte da unha, com peri-onixis. No membro superior direito, tubérculos quási simetricamente dispostos, havendo porém, diferença, quanto ao número e ao tamanho dos tubérculos. Máculas furfuráceas e acrómicas nas pernas; raros tubérculos no pé direito. Engrossamento dos dedos dos pés, transformados em fusos.

Em nenhuma parte, fui capaz de descobrir perturbação da sensibilidade, tactil, térmica, ou dolorosa.

Hipoestesia da pituitária, segurando com facilidade.

Não tem coriza.

### *Exame Bacteorológico*

*Frottis do tubérculo:* positivo; Os bacilos não são em grande quantidade. A maior parte dêles, se encontra isolada, uma pequena parte disposta em cadeias e alguns em gupos;

*Do muco nasal*; positivo, grande quantidade de bacilos; encontram-se tanto isolados, como em grupos. Não há cocus.

*Condições higiénico-sociais.*

Vive na sua própria casa com a mãe.

Só depois do doente ter apresentado lesões leprosas manifestas os seus irmãos se separaram, indo morar numa casa visinha.

O doente não sai de casa, mas todos o visitam, inclusivé os seus irmãos.

A mãe, vive num quarto separado da mesma casa. Gente de condição social inferior, nenhum dêles têm noções de profilaxia.

## Obs. XIII (*Escolástica Gracias*)

### Lepra tuberculosa

F .. natural de Odogue, de Nuvém, residente em Belloi, bairro da mesma aldeia, cavouqueiro, viúvo, da idade provável de 45 anos, sem antecedentes de lepra nos seus ascendentes, primo dos leprosos de Nuvém, referidos acima.

*História da doença:*—Saiu de Odogue donde era natural, por se ter desmoronado a sua casa, em consequência duma alagação que houve há 12 anos atrás, vindo a morar no bairro onde actualmente se encontra, há já 11 anos.

Já em Odogue se tinham dado casos de lepra, ao tempo em que êste doente estava lá, mas quando passou a morar em Belloz, diz êle, estava são ou antes nenhumas manifestações leprosas apresentava.

*História da doença*—Diz o doente que nunca freqùentou a casa dos seus primos leprosos, pelo menos, desde que soube, que o eram.

Nada encontrei de importante nos seus antecedentes pessoais.

Do período da invasão nada se apura.

Há 3 anos notou uma mancha rósea, no lóbulo duma das orelhas, não podendo precisar qual seja, por não se lembrar.

Durante algumas semanas, esta mancha foi a única manifestação cutânea do seu mal e, só mais tarde, é que foram aparecendo outras manchas, difusas por todo o corpo, sendo umas ròseas, iguais á mancha primitiva e outras brancas. As manchas não eram regulares na sua forma e eram mais abundantes no peito e nos braços. Nas costas, eram muito raras. Passaram-se dois anos e meio e estas manchas foram evoluindo, ora aumentando, ora diminuindo, até que, há 6 meses atrás foram-se apresentando, clara e francamente, as manifestações que actualmente teem.

*Estado actual*—Infiltração tuberculosa muito marcada com brilho e côr, característicos das leprides cutâneas, nas orelhas onde se vê um ou outro tubérculo saliente, não muito grande, e cicatrizes de úlceras infiltração nas arcadas supraciliares na fronte, nas regiões malares, nos lábios, no mento e no nariz que se encontra deformado (nariz em lorgnette); franca máscara leonina.

Não tem eritema nem perturbações vaso-motoras. Todo o corpo apresenta um aspecto furfurácio.

Não tem máculas, que apresentava no inicio.

Raros tubérculos do tamanho dnma ervilha, disseminados pelo peito, abdómen e cotovelos. Uma úlcera larga na face antero-externo da perna direita. Uma pequena úlcera, excavada e redonda, no dorso do pé direito, quási a meio da base dos dedos. Uma outra muito larga, na região maleolar externa direita. Todas estas úlceras manteem a sensibilidade tactil. A térmica e a dolorosa estão abolidas. As orelhas, que se encontram infiltradas, como também o rosto, apresentam sensibilidade intácta. Não encontrei nenhum ganglio hipertrofiado. Os nervos cubitais não apresentam nenhuma alteração sensível. A pituitária insensível. Tem coriza. A sensibilidade á dôr abolida nas úlceras a que me referi acima,

nas faces dorsais das mãos, nos braços, ante-braços e na perna direita. Na restante pârte do corpo, conserva-se normal. A sensibilidade tactil, intacta por todo o corpo. A térmica abolida nas úlceras que se encontram no membro inferior direito e na perna esquerda.

Não tem perturbações pilares. Estado geral regular.

*Exame Bacteriológico.:* Muco nasal: Positivo. Apresenta grande quantidade de bacilos. A maior parte deles, agrupados e raros isolados.

*Frottis* do tubérculo—Positivo. Encontram-se raros grupos bacilares isolados e outros dispostos em cadeia. Tem também cocus.

*Condições higiénico-sociais*—O doente há três anos, isto é, desde que apresentou as primeiras manifestações cutâneas, vive isolado numa barraca que fica situada logo atrás da sua casa.

Diz a famìlia que êle nunca vem para casa e que nem estes o visitam, mas o certo é que, o isolamento neste doente, é puramente ilusório, porque êle continúa a exercer a sua profissão, livremente, e passeia por toda a parte.

Cosinha por si e vive do seu trabalho braçal.

## ALDEIA DA RAIA

### Obs. XIV ( *Escolástica Gracias* )

#### Lepra mixta

F.... natural de Arlém da Raia e residente na mesma, casado, de 32 anos, trabalhador de enxada.

*Antecedentes hereditários e familiares*—O pai morreu leproso. Teve um primo, também leproso.

O doente viveu sempre com o pai e, só depois da sua morte, mudou de residência, indo morar num outro local do mesmo bairro.

Lidou também com o primo, que morreu leproso, e a quem me referi acima.

Quando mudou de residência, não apresentava manifestação alguma de lepra.

*História da doença*—Há dois anos que teve umas manchas brancas em diversas partes do corpo, manchas que desapareceram em pouco tempo, sem tratamento algum.

De quando em vez, e, especialmente, coíncidindo com as fases da lua apareciam-lhe manchas por todo o corpo, mas eram róseas, desaparecendo á pressão, exantema ora eritematoso ora roseoliforme.

Há um ano que apresenta as manifestações que actualmente tem.

*Estado actual*—Infiltração tuberculosa nos pavilhões das orelhas, nas arcadas supra-ciliares, que apresentam rarefacções das celhas, nos espaços sub-orbitários, nas regiões malares e na extremidade do nariz, excluindo as duas asas. Vê-se também uma mancha negra, abrangendo a extremidade e as asas do nariz. Esta mancha conserva intacta toda a sensibilidade e não é furfurácea.

Finos tubérculos, dispersos por todo o corpo, mais sensíveis á palpação do que á inspecção. Só o rosto é que apresenta a côr e o brilho característicos das leprides cutâneas, com a sua untuosidade peculiar. Algumas manchas negras, umas circulares e outras policíclicas, mas de tamanhos variados, nas pernas, côxas e dorso dos pés. Estas manchas conservam a sensibilidade tactil, mas a térmica e a dolorosa estão completamente abolidas.

Sensibilidades todas abolidas nas faces dorsais das mãos, exceptuando os polegares, que estão hiperestesiados. Nos ante-braços também as sensibilidades estão abolidas. As faces palmares das mãos hiperestesiadas. As

pernas e os pés conservam a sensibilidade tactil, mas perderam a térmica e a dolorosa. A pituitária conserva a sua sensibilidade. Não tem coriza.

Os nervos não apresentam nenhuma alteração sensível. Sistema piloso intacto.

Nunca se lembra de ter tido rouquidão da voz, depois de se ter manifestado o seu mal.

O estado geral não é dos melhores.

Apresenta os pés ligeiramente edemaciados. A língua e a mucosa bucal não apresentam nenhuma lesão.

*Exame bacteorológico*—Muco nasal: Positivo. Bacilos não muito abundantes. Veem-se bacilos tanto isolados, como agrupados. Não tem cocus.

*Condições higiénico-sociais:* O doente pertence a familias pobres.

Vive em sua própria casa, em promiscuidade com a familia. Só a mãe vive num quarto separado, mas na mesma casa.

Já não pode trabalhar, e sai pouco de casa, que é um tanto isolada das outras do bairro.

### Obs. XV (*Sequeira Nazaré*)

**Lepra mixta**

F.... casado, de 30 anos, de Manorá da Raia.

Não tem lepra nos seus antecedentes hereditários.

Não se apura aonde e como se contagiou.

*E. Actual*: Fraca infiltração na testa, acentuando, ligeiramente, as pregas transversais; rarefacção das extremidades externas das sobrancelhas; infiltração do dorso, do nariz, com tuberculos miliares, confluentes, nas asas; orelhas, com forte infiltração, cheias de grossos tuberculos, sobretudo no hélix.

Tronco fortemente hiperpigmentado, cúprico, com zonas acrómicas irregulares; as zonas hiperpigmentadas são hipersensíveis e as outras tem as sensibilidades, térmica e dolorosa, atenuadas.

Garras totais em ambas as mãos, sobretudo na esquerda; dedos em fusos, desviados em várias direcções, com tubérculos, confluindo nas pregas interfalangianas e com onixis; reabsorção das últimas falanges dos dedos anular e mínimo da mão esquerda. Pés edemaciados, com uma tonalidade entre o cúprico e o escuro; dedos infiltrados, com onixis. Úlcera circular, de fundo indolôr, na planta direita (rebôrdo anterior) e uma pequena ulceração na base do polegar esquerdo, igualmente indolôr.

*Sensibilidades:* a térmica e a dolorosa abolidas no terço inferior das pernas e nos pés; a tactil conservada em todas estas regiões. Apesar das garras e da perda da sensibilidade nos antebraços e nas mãos, os cubitais apresentam-se normais.

*Exame bacteriológico*—Mucus nasal: negativo; não se pôde fazer o exame da serosidade da úlcera.

*Condições higiénico-sociais:* Vive num casinhoto imundo, em comisturação com uma numerosa familia. E' pobre.

ALDEIA DA ILHA DE RACHOL

### Obs. XVI (*Sequeira Nazaré*)

**Lepra mixta**

F... do sexo feminino, de 34 anos aproximadamente, ca-

sada, jornaleira, não trabalhando, porém, actualmente.

Não teve leprosos na família e não se sabe aonde apanhou o contágio.

*História da doença*—Há cêrca de 7 anos, apareceram-lhe manchas brancas (sardas) no corpo, mas desde os dez anos de idade, sofria de hemorragias nasais (epistaxis) que continùa a ter ainda hoje. Mais tarde, teve ardores por todo o corpo e, uma vez que tomou um banho frio, teve um inchaço generalisado, aparecendo tumores vermelhos em diversas regiões; curou-se disto com a aplicação duma raiz roçada, vesicatórios nas barrigas das pernas e sanguessugas nos espaços interdigitais dos pés. Estas sanguessugas repetia-as todos os anos. Em uma ocasião teve uma febre durante um mês. Tendo desaparecido as sardas, sobrevieram-lhe infiltrações tuberculosas nos lábios, nariz, maçãs do rosto, pavilhões das orelhas, dedos dos pés e das mãos.

*Estado actual*: Infiltração tuberculosa no rôsto; queda das sobrancelhas; tubérculos e cicatrizes de ulcerações nos cotovelos; escamas escuras nas pernas; uma erupção pruriginosa, tipo líquen, generalisada por todo o corpo. Tem coriza e ozena.

*Sintomas nervosos*: Tem formigueiros e entorpecimento dos tornozelos, pés e punho da mão direita.

Sensibilidades: A dolorosa e a termica abolidas nos pavilhões das orelhas, em toda a região do cotovelo direito, na face dorsal dos dedos anular e mínimo do mesmo lado, na face posterior da região do cotovelo esquerdo, no polegar esquerdo, nas pernas e nos pès. A tactil conservada em toda a parte.

*Exame bacteriológico*: Mucus nasal: Positivo, bacilos raros e agrupados; do tuberculo—positivo, bacilos abundantes em grupos e isolados; do sangue—negativo.

*Condições higiénico-sociais*: Mora em um casebre, cercado de muitas casas, comisturando-se com pessoas sãs. Tem em sua companhia o marido a quem cosinha. E' pobre.

## Obs. XVII (*Sequeira Nazaré*)

### Lepra mixta

F . . . do sexo feminino, da idade provável de 35 anos, regularmente constituida, jornaleira, vivendo, actualmente, de esmola.

Contraiu a lepra, antes da doente da Obs. precedente, de quem é vizinha. Não teve lepra nos ascendentes.

*História da doença*. Há 13 anos teve nas mãos bôlhas que se ulceraram, continuando as ulcerações por longo tempo. Um ano depois do aparecimento destes sintomas, os dedos das mãos encurvaram-se em garras, tendo tido nesta época ulcerações na face externa da perna esquerda e na interna da direita e das quais conserva cicatrizes.

*Estado actual*: Manchas eritematosas nas maçãs do rosto; mãos em garra; infiltração dos dedos das mãos e dos pés; o primeiro e o segundo artelhos do pé esquerdo desviados, onixis no primeiro. Raras escamas negras nas pernas e ligeiro edema nos pés.

*Sensibilidades*: a térmica, a dolorosa e a tactil normais.

*Exame bacteriológico*—mucus nasal: negativo.

*Condições higiénico-sociais*; Mora num pequeno casebre, vizinho do da anterior, cercado de inúmeras casas. E' pobre e vive de esmola, pondo-se em contacto com gente sã.

## Obs XVIII (*Sequeira Nazarê*)

### Lepra mixta

F... do sexo masculino, de 65 anos, casado, jornaleiro, não trabalhando actualmente.

*História da doença*: Há cêrca de 20 anos que tem formigueiros e entorpecimento por todo o corpo.

Teve manchas brancas (sardas) no peito e na testa—estas manchas desapareceram em pouco tempo. As lesões que actualmente apresenta, apareceram neste ano.

*Estado actual*—Manchas róseas nas maçãs do rosto; infiltração tuberculosa em largos *placards* no abdómen e no dorso; escamas negras por todo o corpo, com excepção do rosto, acentuando-se nas pernas; uma grande úlcera circular na face externa do glútio esquerdo; cicatrizes de ulcerações no direito. Infiltração dos dedos das mãos e dos pés, com cicatrizes de queimadura nos primeiros; o polegar, as duas últimas falanges do indicador da mão esquerda e dos mínimos em garra; o anular da mão esquerda e o segundo artelho direito, reduzidos a côtos; necrose sêca do indicador esquerdo. Um grosso tubérculo sub-dermico no dorso, no nível do rim esquerdo. Nenhuma perturbação do sistema piloso. Pituitaria seca, com crostas, sangrando fácilmente.

*Exame bacteriológico*: mucus nasal: positivo, bacilos raros e isolados; sangue: um só grupo de bacilos raros.

*Condições higiênico-sociais*: Mora com a familia em uma casa antihigiênica, cercada de muitas outras. Não sai de casa que, todavia, é muifreqüentada. Pobre.

## Obs. XIX (*Sequeira Nazaré*)

### Lepra mixta

F.... solteiro, de 18 anos aproximadamente, temperamento linfático.

*Antecedentes hereditários e familiares*: nada de importante.

*História da doença*. Há seis anos, estando com os pais, a trabalhar, em Pomburpá, teve uma ulceração na face plantar do grosso artelho esquerdo; por esta ulceração eliminaram-se as falanges do mesmo dedo, inchando-se o dorso do pé.

*Estado actual*: Infiltração tuberculosa das orelhas, lábios e asas do nariz; destruição da cartilagem do nariz que se apresenta achatado; não tem ainda barba nem pelos no púbis, conservando, porêm, as sobrancelhas. Os indicadores em garra; escamas pardas nos terços inferiores das pernas; edema nos maleolos e nos pés; todos os dedos do pé direito e o 2.º artelho esquerdo, reduzidos a côtos; onixis em ambas as mãos, no pé direito e no 2.º artelha esquerdo.

*Exame bacteriológico*: mucus nasal-negativo; sangue-negativo.

*Condições higiênico-sociais*. Vive numa casa acanhada com a mãe e dois irmãos. Pobre.

## ALDEIA DE BENAULIM

### Obs. XX ( *Escolástica Gracias* )

**Lepra mixta**

F . . . natural e residente em Magilvadó de Benaulim, pescador, casado, da idade provável de 50 anos.

*Antecedentes hereditários e familiares*—Não se apura lepra na sua família, na linha directa, mas teve um concunhado que morreu leproso. Êste concuuhado, casara duas vezes ; da primeira mulher tivera um filho que morreu leproso, há três anos, e da segunda, também, tem outro, já leproso, que se acha em tratamento, em Vingurlá.

O doente lidou com êste leproso, mesmo depois de ele ter apresentado as primeiras manifestações cutâneas francas.

*História da doença*—Há dezasseis anos, que o doente apresentou as primeiras manifestações cutâneas da lepra. Não se apura nada do período da invasão, porque diz que não se recorda, visto não ter ligado importância a qualquer perturbação, que, porventura, tivesse tido.

A primeira manifestação apreciável, consistia numa mancha rósea, ardondada, do tamanho duma moeda de seis réis, sôbre a parte média do peito, quàsi ao nivel do cavado epigástrico e outra sôbre a face posterior do braço esquerdo, de cujas dimensões e forma o doente não se lembra.

Durante os primeiros anos, estas manchas ora apareciam ora desapareciam, até que finalmente tornaram-se estacionárias e mais tarde foram aumentando, difundindo-se por todo o corpo.

Diz, que tinha dôres, não muito violentas, no membro inferior direito e que êle, no seu critério de leigo, atribuia a uma queda que levou de palmeira, quando muito novo.

Não sabe precisar desde quando tem as lesões que actualmente apresenta.

*Estado actual*—O nariz infiltrado de finas granulações, com uma mancha negra na asa direita. Esta mancha conserva intacta toda a sensibilidade; os pavilhões das orelhas, as regiões malares etc. perfeitamente sãos Não apresenta nenhuma mácula no rosto, além daquela que apresenta na asa direita do nariz.

Manchas róseas e furfuráceas, não desaparecendo á pressão, disseminadas por todo o corpo, especialmente no lado esquerdo, onde são mais abundantes.

Na metade esquerda do dorso e no braço do mesmo lado, as manchas apresentam maiores dimensões e são policíclicas. Estas manchas apresentam dimensões as mais variadas, indo duma simples mácula quasi punctiformea manchas tendo de diámetro 2 cm.

Algumas delas são circulares, outras apresentam contornos muito irregulares. No dorso veem-se raros tubérculos, disseminados, do tamanho duma ervilha. Apresenta duas manchas grandes, que saltam à vista, na parte média das regiões glútias, sendo uma de cada lado. Todas estas manchas conservam intactas as sensibilidades, táctil, térmica e dolorosa, exceptuando quatro que conservam a sensibilidade tactil e teem perdido a térmica e a dolorosa e que ficam situadas nas seguintes regiões : a primeira, é uma mácula grande de contornos irregulares, na face externa do cotovelo esquerdo; a segunda, na parte superior da metade esquerda do dorso; a terceira, ao nível do ângulo inferior da omoplata e a quarta, no terço superior da face antero-externa do braço esquerdo. A restante parte do corpo conserua as sensibilidades térmica e dolorosa. A tactil está abolida. Não tem corisa; a sensibilidade da pituitária normal. Não apresenta vesículas, bôlhas nem escamas.

*Exame bacteriológico* : Do muco nasal ; Negativo.

*Condições higiénico-sociais*—Vive em sua própria casa, em promiscuidade com toda a família e só há 2 meses, um dos seus filhos, casado, se separou do pai, indo morar numa casa recentemente construida, quási ligada a do doente.

Visitam- se mutuamente. O doente pertence a famílias remediadas e continúa exercendo a sua profissão.

A casa do doente fica relativamente isolada das outras do bairro tendo ao lado só uma, a do seu filho.

## Obs. XXI (*Escolástica Gracias*)

### Lepra mixta

F... solteiro, de 27 anos de idade, de Magilvadó de Benaulim, alfaiate.

*Antecedentes hereditários e familiares*—Não se apura lepra no seu pai. A mãe vive e está sã. Teve um tio paterno, que morreu leproso, há já alguns anos.

Diz o doente que nunca se aproximou, nem nesmo visitou o seu tio, depois de ele ter apresentado manifestações leprosas cutâneas.

*História da doença*—Há dois anos, apresentou manchas esbranquiçadas no rosto, as quais desaparecendo, sucessivamente, deram lugar a infiltrações tuberculosas, que actualmente apresenta.

Não se lembra absolutamente, de qualquer perturbação que por ventura tivesse tido, no periodo da invasão.

Nunca se queixou de dôres, quer articulares, quer de qualquer outra naturêsa.

Não tem epistaxis nem cefaleia.

Antes de aparecerem as primeiras manchas, não teve formigueiros, nem comichão, sendo insidiosa a invasão.

*Estado actual*—Infiltração tuberculosa, com alguns tubérculos salientes, não muito volumosos, nos pavilhões das orelhas. Na extremidade e nas duas asas do nariz, também, se vê infiltração muito marcada. Infiltração nas arcadas supra-ciliares, regiões malares, lábios, principalmente o superior, dando ao rôsto o aspecto de máscara leonina.

Tubérculos não muito volumosos, mas confluentes, nas religiões supra-ilíacas posteriores e nos dois glútios.

Existem nesta região, também, alguns tubérculos isolados. Tubérculos nas duas regiões acromiais, na metade inferior de ambos os braços, especialmente, na sua face posterior, nas faces postero-externas dos cotovelos e nas faces dorsais das mãos, que se acham muito edemaciadas.

Não tem máculas no corpo, exceptuando os membros inferiores, onde se veem algumas.

Nas coxas e nas pernas veem-se manchas negras e furfuráceas, de dimensões variadas e de contornos muito irregulares.

As sensibilidades tactil, térmica e dolorosa, conservam-se normais em todas estas manchas, como também na restante parte do corpo, exceptuando os pés que se acham muito edemaciados, tendo perdido toda a sensibilidade, quer tactil, quer térmica, quer dolorosa. A pressão sôbre o trajecto dos nervos superficiais, não desperta dôr, nem se encontra lesão apreciável nesses nervos. Não tem gânglios hipertrofiados, paralisias, amiotrofias, nem deformação dos membros. Não notei nenhumas perturbações de visão. Fisionomia apática. Estado geral miserável.

*Exame Bacteriológico*: Do muco nasal—positivo. Os bacilos não se encontram em grande quantidade. Geralmente os bacilos se veem sôbre a preparação, agrupados e pouco isolados Não há cocus.

*Condições higiénico-sociais*: Pertence a famílias pobres. Vive em sua própria casa, em companhia da mãe e dum irmão. Não pode trabalhar, nem

saír de casa. Ninguém frequenta a sua casa, além dos parentes. A casa é isolada das outras do bairro.

### Obs XXII (*Escolástica Gracias*)

**Lepra mixta**

F... natural e morador em Vadi, de Benaulim, pescador, casado, da idade de 53 anos.

*Antecedentes hereditários e familiares*—Não se apura lepra na sua família.

*História da doença*—Há seis anos, o doente passou por uma febre, cuja marcha não sabe precisar. Semanas depois de ficar livre dessa febre, teve uma diarreia, que durou alguns dias.

Algum tempo depois, notou uma mancha rósea no abdómen, a que não ligou importância, continuando com o seu trabalho. Passadas semanas, esta mancha desapareceu, dando lugar a umas placas de infiltração tuberculosa, que até hoje continúa a ter, e que sucessivamente se foram difundindo por todo o corpo.

Esteve em Vingurlá, onde recebeu dezasseis injecções e não me foi possível apurar de que fossem.

*Estado actual*—Apresenta o rosto perfeitamente são, sem lesão alguma, quer maculosa, quer tuberculosa. Só o nariz, está ligeiramente infiltrado e edemaciado.

Apresenta largas infiltrações em placas, nas costas, no pescoço, nas espáduas e no abdomen.

Na região da nuca apresenta uma placa, tendo de dimensões, em largura 3 cm. e em altura 2 c.m. Os contornos são policíclicos. Todas as placas apresentam côr rósea. No dorso, vê-se uma larga placa de infiltração, saliente e ligeiramente verrucosa. Os membros perfeitamente sãos; só os pés se acham ligeiramente edemaciados. A sensibilidade tactil está conservada em todas as placas, a dolorosa atenuada e a térmica abolida. Nos membros inferiores, embora não haja infiltração tuberculosa, a sensibilidade térmica está muito atenuada, a tactil e a dolorosa mantidas normais.

Não tem nenhuma perturbação vaso-motora, nem do sistema nervoso, além das da sensibilidade.

Tem rarefacção do sistema piloso, da barba e supracílios. Aspecto anémico, amarelho palha.

*Exame bacteriológico*: Do muco nasal—Positivo. Bacilos não muito numerosos. Encontram-se todos em grupos. Não tem cocus.

*Condições higiénico-sociais*: Vive em sua própria casa, em promiscuidade com toda a sua familia. Pertence a famílias remediadas. Continua a exercer a sua profissão. A sua casa fica situada num bairro muito povoado e é frequentada por muita gente.

## ALDEIA DE COLVÁ

### Obs. XXIII (*Escolástica Gracias*)

**Lepra mixta**

F... natural e morador em Sernabatim, de Colvá, de 16 anos de idade, solteiro, alfaiate.

*Antecedentes hereditários e familiares*—Não se apura lepra na fa-

mília.

Os pais vivem e estão aparentemente sãos.

Tinha um visinho que morreu leproso há já 7 ou 8 anos e cuja casa costumava freqùentar.

*História da doença* :—Há 4 anos, apresentou numerosas manchas brancas, muito peqneninas, na face porterior de ambos os braços e nas côxas. Estas manchas desapareceram depois de um tratamento prolongado.

Mêses depois, apareceram 2 bôlhas, uma em cada um dos lóbulos das orelhas, as quais supuraram, ulceraram-se e deram lugar a úlceras que se cicatrizaram algum tempo depois. Tanto as bolhas como as úlceras a que elas deram lugar, eram indolôres. Algum tempo depois, reapareceram as tais manchas brancas, difusas por todo o corpo, apresentando contornos irregulares e dimensões variadas.

O rosto todo, estava coberto dessas manchas, que eram confluentes ; desta vez, a repetição do tratamento anterior, não deu nenhum resultado, e as manchas foram aumentando, dando, posteriormente, lugar á formação de tubérculos.

Não sabe precisar, bem, há quanto tempo apresenta as manifestações que actualmente tem, mas diz que haverá 6 meses.

*Estado actual* :—Infiltração tuberculosa nas orelhas, com tubérculos grandes e ròseos no pavilhão da orelha esquerda. Um tubérculo, do tamanho duma ervilha, na concha da orelha direita.

Infiltração no nariz, nos lábios, principalmente no lábio inferior, que apresenta, na sua metade esquerda, alguns tuberculos de razoáveis dimensões. Infiltração das regiões malares. Dois tubérculos grandes, de consistencia mole, situados na parte médla das arcadas supraciliares, sendo um de cada lado.

Tubérculos em ambos os cotovelos.

Dois tubérculos grandes em cada um dos quadrís e algum outros confluentes, formando uma placa única, em ambos os glútios.

Tubérculos do tamanho de ervilha e outros menores, disseminados pelos glútios, joelhos e côxas.

Dois tubérculos ulcerados na face externa do joelho direito, completamente indolôres. Máculas negras e furfuráceas no terço inferior de ambas as pernas, especialmente nas faces antero-externas. Estas manchas conservam intacta toda a sensibilidade. Tubérculos nos dois maleolos externos. Os nervos não apresentam alteração apreciável. O rosto apresenta o brilho característico e a untuosidade peculiar das lesões leprosas.

*Exame bacteriológico* : *Frottis* de tubérculo—Positivo. Encontram-se bacilos tanto isolados, como agrupados, não muito abundantes

Muco nasal—Positivo. Bacilos não muito numerosos. Encontram-se tanto isolados, como agrupado, mas êstes últimos em maior quantidade.

*Condições higiénico-sociais* : Vive em casa própria, em promiscuidade com a família. Pertence a famílias pobres.

Já não trabalha, nem sai da casa, que fica afastada das outras do bairro.

## Obs. XXIV ( *Escolástica Grácias* )

### Lepra mixta

F . . . natural e morador de Sernabatim, de Colvá, solteiro, da idade de 15 anos.

*Antecedentes hereditários e familiares*—Não se apura lepra nos antecedentes, é irmão do doente que constitue a observação precedente. Vivia em promiscuidade com o seu irmão, que tinha já apresentado francas manifestações cutâneas leprosas, algum tempo antes.

*História da doença*—Antes de aparecerem as primeiras manifestações,

informam que gosou sempre de boa saúde. Não se apura ter tido qualquer febre, nem quaisquer outras perturbações gastro-intestinais ou nervosas

Não obstante um interrogatório minucioso, não cheguei a apurar coisa alguma, referente ao período da invasão.

Mêses depois, de o irmão ter apresentado manifestações leprosas, a sua mãe viu nêste, uma mácula negra, na região acrómio-clavicular direita Como já tivesse um filho atacado de lepra, assustou-se e submeteu-o a vários tratamentos, mas tudo em vão.

Algum tempo depois, apareceram tubérculos no rosto, nos pavilhões das orelhas e nos glúteos, mas muito pequenos e raros.

Êsses tubérculos, foram depois desaparecendo e dois anos mais tarde, viam-se no corpo só maculas, provenientes da reabsorção dos tuberculos. Essas máculas eram hipercrómicas e outras acrómicas, mas todas elas furfuráceas; conservam-se até hoje.

Não apresenta nenhuma perturbação da visão.

*Estado actual*—Infiltração tuberculosa em ambos os pavilhões das orelhas, nos lábios, no nariz, nas regiões malares e no mento.

O rosto sem a côr e o brilho, peculiares ás lesões leprosas cutâneas.

Um e outro tubérculo, de dimensões variadas, nos dois cotovelos.

Os nervos cubitais não apresentam alteração sensivel. Não há nenhuma deformação no rosto, que só se acha ligeiramente edemaciado.

Duas largas máculas negras, situadas nas regiões dos dois peitoraes, uma de cada lado. Estas máculas, conservam toda a sensibilidade normal. Todo a corpo apresenta finas manchas acrómicas e furfuráceas.

Não tem nem teve, erupção eritematosa. Edema paquidérmico, nas pernas e nos pés. Grandes manchas negras, umas circulares outras de contornos irregulares, nos terços inferiores de ambas as pernas, em especial na face antero-externa. As costas, também, apresentam, finas manchas negras, sem serem furfuráceas.

A sensibilidade conserva-se normal, em todo o corpo, até nas regiões onde existem máculas negras e furfuráceas.

A sensibilidade da pitultária abolida. Não tem corisa. Não apresenta nenhuma perturbação do sistema nervoso.

Estado geral miserável. Está anémico.

Os membros tanto os superiores como os inferiores, apresentam motiiidade normal.

*Exame Bacteriológico* : Do muco nasal—Positivo. Bacilos não em gronde quantidade. A maior parte isolado e uma pequena parte agrupada. Não tem cocus.

Do *Frottis* do tuberculo—Positivo, bacilos raros.

*Condições Higiénico-Sociais* : As mesmas que as do doente anterior, porque vivem juntos.

## Obs. XXV (*Escolástica Gracias*)

### Lepsa tuberculosa

F . . natural e moradora em Sernabatim, de Colvá, solteira, de 14 anos de idade.

*Antecedentes hereditários e familiares*—Não se apura lepra nos seus ascendentes. É irmão dos doentes das observações 23 e 24 e vivem juntos.

*História da doença*—Um ano depois de o segundo irmão ter apresentado manifestações cutâneas de lepra, apareceram-lhe finas máculas b ancas, quasi punctiformes, no rôsto e nos ante-braços, as quais foram sucessivamente, estendendo-se por todo o corpo. Com o tratamento feito,

e que não sabem dizer qual tenha sido, essas manchas desapareceram. Só as do rôsto se conservaram, mas em menor quantidade do que no início. Não sabem dizer qual tenha sido a evolução posterior, mas dizem que, há três meses, apresenta as lesões, que actualmente tem.

*Estado Actual*—Infiltração tuberculosa nas orelhas, nos lábios, nas religiões malares e no mento. Tem máculas acromicas muito finas, disseminadas por todo o rôsto, sendo em alguns pontos, principalmente, nas religiões malares muito confluentes. Tem alguns tubérculos, uns confluentes e outros isolados, nos cotovelos, nos glútios, nas côxas e nos joelhos. As faces posteriores das pernas apresentam, tambem, tubérculos muito numerosos, sem serem confluentes.

Os tubérculos apresentam dimensões duma ervilha. Pequeninas máculas acrómicas, iguais às que apresenta no rosto, disseminadas por todo o corpo, exceptuando os pés, que não apresentam nenhuma lesão, além duma ligeira infiltração edematosa. Os seios não apresentam nenhuma lesão apreciável. Não tem atrofias musculares, nem perturbações vaso-motoras. Não está ainda menstruada. A sensibilidade, tactil, térmica e dolorosa, conservam-se normaes. O sistema nervoso não apresenta nenhuma alteração sensível. A pituitária conserva a sua sensibilidade normal. Não tem coriza, porém, a pituitária sangra com facilidade. Ausencia de parésias, paralisias e deformação dos membros.

Conservam todas as unhas, tanto as dos pés como as das mãos e não apresenta nenhuma alteração.

Queixa-se de anorexia.

Estado geral bom.

*Exame bacteorológico*: Do muco nasal—Positivo, Grande qnantidade de bacilos. Encontram-se quási todos agrupados, raros isolados e em cadeias.

*Frottis* de tubérculo—Positivo. Bacilos abundantes, uns agrupados e outros isolados.

*Condições-higiénico sociais* As mesmas que as dos dois doentes anteriores, porque vivem juntos.

## Obs. XXVI (*Escolástica Gracias*)

### Lepra maculo-tuberculoso

F... natural e morador em Sernabatim, de Colvá, solteiro, de 17 anos de idade, pouco mais ou menos,

*Antecedentes hereditários e familiares*—O avó e o pai morreram leprosos. Este faleceu há três anos. Teve também dois tios paternos, que morreram leprosos, há alguns anos.

O doente viveu em casa do seu pai, durante o primeiro periodo da doença deste e só depois de apresentar francas manifestações cutâneas é que o pai foi para Vingurlá onde veio a falecer.

*História da doença*—Nada pude apurar do período da invasão, visto não haver quem me pudesse informar. O doente diz que não se lembra de ter tido qualquer perturbação.

Diz a sua mãe, que há um ano e meio, notou duas máculas esbranquiçadas, cujas dimensões não sabe precisar, uma circular, na face posterior da côxa direita e outra na face direita. Esta última era menor do que a anterior e tinha os contornos e a forma muito irregulares.

Durante mêses, estas foram as únicas manifestações do seu mal; nunca se queixou de dôres articulares, nem de perturbações de motilidade.

Continuou trabalhando, como sempre.

Algum tempo depois notou que as manchas iam-se difundindo por todo o corpo sendo mais abundantes na parte inferior da região dorso-lombar, nas faces posteriores dos braços e ante-braços. Essas manchas a-

presentavam contornos irregulares e formas variadas, sendo em alguns pontos muito confluentes. Não apresentava erupção eritematosa, nem tubérculos. Nunca se lembra de ter tido febre, ou qualquer perturbação, quer do sistema nervoso, quer do aparelho da visão.

*Estado actual*—Apresenta máculas esbanquiçadas, por todo o corpo mas mais abundantes e de maiores dimensões, sobre o abdómen. A orelha esquerda está ligeiramente infiltrada, com um grosso tubérculo no lóbulo. A orelha direita, não apresenta nenhuma lesão sensível. As coxas, tambem apresentam máculas brancas, mas muito raras.

Não sente nem sentiu formigueiros ou comichão no corpo. Não apresenta edemas nem erupção bôlhosa. Finas escamas furfuraceas nas pernas. Três úlceras na face posterior do terço inferior da perna direita, uma na face lateral interna e outra no bordo inferior do maleolo externo do mesmo membro.

Todas as úlceras são dolorosas á pressão e á picada. A pituitária, conserva a sensibilidade. Não tem corisa. As sensibilidades tactil térmica e dolorosa mantem-se normaes em todo o corpo.

Estado geral bom. Os dedos não apresentam nenhuma deformação.

*Resultado do Exame Bacteriológico*

*Do muco nasal*—Negativo.

*Condições Higiénico-Sociais*

Vive numa barraca, ligada á casa, mas a mãe lida com o filho e êste anda por toda a parte. Pertence a famílias pobres.

## ALDEIA DE NAVELIM

### Obs. XXVII ( *Sequeira Nazaré* )

**Lepra nervosa**

F... do sexo feminino, solteira, da idade provável de 25 anos, criada de servir, não trabalhando, porém, actualmenre.

*Estado Actual*—Mancha acrómica no cavado epigástrico, hipercrómica na periferia; manchas róseas no rosto, na região lombar esquerda e no terço superior da face antero-externa do ante-braço esquerdo; manchas hipercrómicas, psoriasiformes, no joelho direito, nas face anterior e externa da perna esquerda. Os dois terços inferiores das pernas têm um aspecto escamoso e brilhante.

*Sintomas nervosos:* A sensibilidade tactil abolida na face externa dos dois terços inferiores da perna esquerda e na mancha da face anterior da perna direita; a térmica muito atenuada ao nível das manchas.

*Exame bacteriológico*—Mucus nasal: neg; *frottis* da pele: neg; sangue: neg;

*Condições higiénico-sociais*: Vive em casa propria de acomodações regulares, em companhia da mãe. Anda, livremente, pondo-se em contacto com gente sã—E' pobre e vive do jornal da mãe.

## ALDEIA DE BETALBATIM

### Obs. XXVIII ( *Sequeira Nazaré* )

**Lepra mixta**

F.... do sexo masculino, da idade provável de 25 anos,

servente a bordo de vapores, regularmente constituído.

*Antecedentes hereditários e familiares*: Não houve lepra na sua família, mas teve na visinhança leprosos com os quais convivia.

*História da doença*: começou por uma febre, dôres articulares, seguidas de formigueiros nas pernas e nos pés e entorpecimento das mãos.

*Estado actual*: Manchas acobreadas, escamas e tubérculos em várias regiões. Garra pronunciada no anular e mínimo da mão direita; os outros dedos de ambas as mãos, exceptuando os polegares, ligeiramente flectidos com esboço de garras; ulcerações nas faces dorsais das mãos.

*Sensibilidades*: a térmica, a dolorosa e a tactil, abolidas em algumas regiões, especialmente nos ante-braços e mãos, nas pernas e pés.

*Exame bacteriológico*: Mucus nasal: positivo, bacilos raros; sangue: negativo; *frottis* da pele: negativo.

*Condições higiénico-sociais*: vive com a família numa casa com sofrível higiene e anda livremente pela aldeia. Remediado.

## Obs. XXIX (*Sequeira Nazaré*)

### Lepra mixta

F . . . de Ranvadó (bairro de Betalbatim) casado, de 40 anos aproximadamente, padeiro, não exercendo, actualmente, a sua profissão, bem constituído.

*História da doença*: Começou, há 10 anos, por umas bôlhas, tendo tido, um ano depois, edema nos pés e sucessivamente as lesões que oje apresenta.

*Estado Actual*: Queda das sobrancêlhas, dos pêlos da barba e das axilas; manchas escuras, escamas e tubérculos em algumas regiões; a pela ictiosica por todo o corpo; os dedos e os artelhos infiltrados; edema paquidérmico das pernas e dos pés.

*Sintomas nervosos*: as sensibilidades, termica, dolorosa e tactil, abalidas nos ante-braços e mãos, nas pernas e pés.

*Exame bacteriológico*: Mucus nasal: positivo, bacilos raros e isolados; tubérculo: positivo, bacilos agrupados e isolados.

*Condições higiénico-sociais*: Vive, com a mulher, numa pequena barraca de olas (folhas de coqueiro), em péssimas condições higiénicas. Pobre, subsidiado pelo Hospício.

## Obs. XXX (*Sequeira Nazaré*)

### Lepra nervosa

F . . . de Ranvadó, casado, de 50 anos aproximadamente, jornaleiro, regularmente constituído.

Sem antecedentes familiares ou hereditários importantes; na sua visinhança, porém, havia leprosos.

*História da doença*—Há 15 anos, tinha formigueiros nas pernas e nos pés; tem entorpecimento e identicos formigueiros, desde há um ano, nos ante-braços e nas mãos.

*Estado atual*:—Várias manchas acromicas em diversas regiões; pequenas escamas furfuráceas no dorço dos pés. E' cego.

*Sintomas nervosos*: sensibilidades, termica, dolorosa e tactil, abolidas nos membros, com a conservação, porém, da tactil em algumas zonas dos

braços e das côxas.

*Exame bacteriológico*: mucus nasal: positivo, numerosos bacilos.

*Condições higiénico-sociais*: Mora em um casebre isolado, com a mulher que lhe prepara os alimentos. Não anda pela povoação. E' pobre e subsidiado pelo Hospício.

## Obs. XXXI (*Sequeira Nazaré*)

### Lepra mixta

F .., viúvo, de 50 anos proximamente, pescador, morando no bairro Pacovadó

Antecedentes hereditários e familiares sem importância. Não se apura a origem do contágio.

*História da doença*: Há 8 anos, queimou-se-lhe, sem dar por isso, numa fogueira, acêsa na praia, o pé direito, resultando-lhe uma ulceração que levou bastante tempo para se cicatrisar. Há três anos, queimou-se-lhe, do mesmo modo, a mão esquerda, tendo tido, a seguir, ulcerações nos dedos que, sucessivamente, se deformaram.

*Estado Actual*: Mão esquerda em garra com ulcerações no polegar, indicador e mínimo; uma mancha escura no ante-braço esquerdo; pernas, cobertas de escamas negras; um grosso tubérculo na esquerda; larga ulceração na região maleolar interna direita; o pé direito edemaciado com o segundo artelho mutilado; deformações do polegar e do terceiro artelho.

*Sensibilidades:* a térmica e dolorosa abolidas na face dorsal da mão esquerda; a térmica abolida na face externa do terço superior da perna esquerda; a tactil normal em todos as regiões.

*Exame Bacteriológico*: Mucus nasal: negativo; do pús da úlcera: positivo, bacilos raros; do sangue: negativo.

*Condições higiénico-sociais*: Vive num casebre, com a familia dum irmão. Sustenta-se do seu trabalho, pondo-se em contacto com a gente do bairro.

## Obs. XXXII (*Sequeira Nazaré*)

### Lepra mixta

F . . ., do sexo feminino, viúva da idade provável de 55 anos, proprietária.

Antecedentes hereditários e familiares sem importâncias. Adquiriu a doença, provavelmente, a uns leprosos do bairro que vinham beber á taverna de que era locandeira.

*História da doença*: Há dois anos teve uma erupção pelo corpo e principiou a sentir uns formigueiros nas pernas.

*Estado actual*: manchas acobreadas no rôsto; orelhas infiltradas; fina descamação furfurácea pelo corpo; pigmento escuro (melanodermia) em algumas regiões; erupção psoriasiforme nas mãos; largos *placards* escuros no dorso; escamas escuras nos membros inferiores; infiltração dos pés.

*Sintomas nervosos*: Sensibilidades, termica e dolorosa, abolidas na região aquiliana direita; a térmica atenuada nos pés; a tactil normal.

*Exame bacteriológico*: Mucus nasal: negativo. *Frottis* da úlcera; negativo.

*Condições higiénico-sociais*: Vive numa casa de regular higiene, com

a familia. Não sae de casa. Remediada.

### Obs. XXXIII ( *Sequeira Nazaré* )

#### Lepra mixta

F...., casado, da idade provável de 60 anos, do bairro Tondovaddó, fabricante de cal.

Alguns membros da família da sua mulher tinham lepra de que vieram a falecer; também em casa dum tio materno da mulher sucumbiram de lepra 5 pessoas. Provàvelmente, apanhou a doença da lida que tinha com uns e outros.

*História da doença*: Há 10 anos teve um sulco ulcerativo no calcanhar esquerdo. Há 6 anos, apareceu uma bôlha na face plantar do segundo artelho esquerdo, a qual, rompendo-se, deixou uma ulceração que se estendeu e eliminou sucessivamente o terceiro, o segundo e o primeiro artelhos. Simultâneamente, teve bôlhas, do mesmo tipo, nas articulações, inter-falangianas (face dorsal), as quais, ulcerando-se produziram segundo o doente, as retracções dos dedos.

*Estado actual*: Mão esquerda em garra; várias cicatrizes nos dedos das mãos e dos pés, escamas negras na perna esquerda; descamação furfurácea nas pernas.

*Sintomas nervosos*: Entorpecimento e formigueiros no pé e na mão esquerda. Sensibilidades, térmica e dolorosa, abolidas em algumas regiões das mãos e dos pés. A tactil pervertida.

*Exame bacteriológico*: mucus nasal: positivo; *frottis* da pele: negativo; sangue: negativo.

*Condições higiénico-sociais*: Vive isolado numa barraca, próxima á casa. E' sustentado pela família com a qual se põe em contacto.

### Obs. XXXIV ( *Sequeira Nazaré* )

#### Lepra maculo-tuberculosa

F... solteiro, de 12 anos, pastor.

*Antecedentes hereditários e familiares*: sem importância.

*História da doença*: há dois meses, teve uma espécie de empigem na região lombar, a qual desapareceu com a aplicação de formigas vermelhas e de um óleo, aparecendo, logo em seguida, manchas acobreadas em várias regiões. Dias depois sentiu um formigueiro na perna e no pé direito e teve inchaço na mão direita.

*Estado actual*: Ligeira infiltração do mento; pequena mancha acrómica na face esquerda; largas manchas acobreadas nas espáduas; manchas, do mesmo tipo, dispersas pelos peitorais, abdómen e região costo-lombar. Fraca infiltração da mão esquerda e ligeiro edema do pé esquerdo. Tez brilhante com pequenas escamas escuras nas pernas, especialmente, nas faces externas.

*Sintomas nervosos*: a sensibilidade térmica atenuada nas manchas e abolida nas pernas e nos pés: A tactil e a dolorosa conservadas normais.

*Exame bacteriológico*—mucus nasal: negativo.

*Condições higiénico-sociais*: Vive com a mãe numa casa acanhada. Anda por toda a parte. Pobre.

## ALDEIA DE SÃO JOSÉ DO AREAL

### Obs XXXV (*Sequeira Nazaré*)

**Lepra nervosa**

F . . . do bairro Mugale, viúvo, de 45 anos, constituição regular.

Não teve lepra na família e os pais morreram-lhe de velhice. Não sabe como e onde contraiu a doença.

*História pregressa :* Há 20 anos começou por sentir formigueiros por todo o corpo e entorpecimento nos membros inferiores; mas nem porisso abandonou o seu trabalho habitual até que se viu obrigado a deixá-lo por não poder, pela inércia dos dedos, segurar na enxada; pouco tempo depois encurvaram-se-lhe os dedos em garra.

*E. Actual :* Manchas escuras no rosto, ante-braços, mãos, cotovelos e dorso. Os três dedos médios de ambas as mãos reduzidos a côtos. Os mínimos em garra. O polegar da mão direita desaparecido e o da esquerda desviado e flectido. O pé direito, tendo perdido todos os dedos, reduzido a simples côto. No pé esquerdo existe, apenas, o grosso artelho e este mesmo sem unha, e o terceiro dedo, reduzido a única falange.

Estas lesões das extremidades sobrevieram-lhe, segundo o doente, de queimaduras e contusões e conseqúentes feridas e ulcerações. O doente não pode andar.

*Sensibilidades :* a térmica, a dolorosa e a tactil abolidas nos ante-braços e mãos, nas pernas e pés. Além disso a térmica está noutras regiões pervertida, sentindo o doente em umas picadas, noutras ardores.

*Exame bacteriológico :* Do mucus nasal; Negativo.

*Condições higiénico-sociais*: Mora com o irmão, objecto da obs. seguinte, numa casa sem higiéne, isolada doutras casas do bairro. São ambos subsidiados pelo Hospício.

### Obs. XXXVI (*Sequeira Nazaré*)

**Lepra mixta**

F ... irmão do precedente, casado, de 35 anos, jornaleiro.

Ficou atacado 5 anos depois do irmão ter apresentado francas manifestações leprosas, e muito provavelmente foi a ele que apanhou o contágio.

*História da doença :* Como sintomas do período de invasão lembra-se de ter tido formigueiros, intermitentes, nos membros.

Em seguida incharam-se-lhe as mãos e os antebraços, as pernas e os pés; este inchaço durou uma semana, tendo ao nivel do mesmo insuportáveis latejos. Desaparecendo o inchaço, encurvaram-se-lhe os dedos das mãos e dos pés em garras e desde então não pode trabalhar.

*Estado Actual :* Grande mancha irregular, parda no centro e acrómica na periferia, indo da nuca á região inter-escapular.

Mãos em garras; o indicador reduzido a côto; úlcera na face dorsal da mão direita. Úlceras nos joelhos e nos pés; artelhos em garra; o 4.º. 5.º artelhos do pé direito, por reabsorção reduzidos a cotos, conservando as unhas; o 5.º artelho esquerdo, desviado, olhando directamente para fóra. Não tem onixis, nem alterações do sistema piloso.

*Sensibilidades*: A térmica, a dolorosa e a tactil abolidas nos ante-braços e mãos, nas pernas e pés.

*Exame bacteriologico :* mucus nasal ; negativo.
*Condições higiénico-sociais* : já descritas na Obs. precedente.

## ALDEIA DE UTORDÁ

### Obs. XXXVII (*Sequeira Nazaré*)

**Lepra mixta**

F ... do sexo feminino, casada, da idade provável de 36 anos, jornaleira, constituição fraca.

Não teve lepra na sua família, mas, o marido tinha uma irmã leprosa casada, cuja casa ela freqüentava e a quem, provàvelmente, adquiriu a doença.

*História da doença* : Há 7 anos teve um parto, nascendo-lhe uma filha *a termo*, mas raquítica ; esta criança morreu com um ano de idade. A seguir ao parto teve abundantes hemorrágias uterinas, por dois meses, aparecendo nesta época um inchaço nos pés, precedido de febre. Passados dois anos apareceram-lhe no rôsto umas bôlhas e se manifestaram, sucessivamente, as lesões que apresenta actualmente.

*Estado Actual :* Infiltração tuberculosa nas arcadas supraciliares; no nariz, malares, lábios, mento e orelhas ; queda total das sobrancêlhas e das pestanas. Rôsto brilhante e untuoso. Infiltração tuberculosa dos dedos das mãos e dos pés. Tubérculos confluentes nos cotovelos. Manchas escuras no pescoço, torax e pernas. Ligeiro edema nos pés.

*Sensibilidades:* : a térmica abolida nas pernas e nos pés ; a dolorosa abolida nos dois últimos artelhos do pé direito ; a tactil conservada.

*Exame bacteriológico :* Mucus nasal—negativo ; tubérculo—positivo, bacilos raros e isolados ; sangue : negativo.

*Condições higiénico-sociais :* Mora com o marido e filhos numa barraca pequena de olas ( folhas de coqueiro ) Vive do seu trabalho, pondo-se para isso em contacto com gente sã.

### Obs. XXXVIII (*Sequeira Nazaré*)

**Lepra mixta**

F.... de 13 anos, filho da precedente. Vive com a mãe desde que nasceu.

*História da doença :* Há 6 ou 7 anos teve no rôsto e nas pernas uma espécie de empigem, á maneira de eritema marginado ( lepra girata ?) receando-se que fosse uma manifestação identica á da mãe que a êsse tempo era já leprosa, foram os dois mandados a Raibundur ( Índia Inglesa ) afim de serem tratados por um moiro que passava por especialista de lepra. De Raibundur voltaram, após 4 meses de tratamento, a mãe melhorada das suas manifestações cutâneas e o filho curado da empigem. Há dois anos o rapaz teve uma erupção vesiculo-pustulosa muito fina, á maneira de sarna de ácaro, por todo corpo e em especial, nas palmas e nas comissuras interdigitais das mãos. Desta erupção curou-se em 2 meses com a aplicação de pomada de enxofre, tendo tido, porém, no mesmo ano, sem poder precisar a data exacta, as lesões que apresenta actualmente.

*Estado Actual* : Infiltração tuberculosa dos pavilhões das orelhas e do mento, com finos granulos sub-dérmicos. As regiões malares eritema-

matosas e brilhantes. Ligeira infiltração dos lábios. Os braços e os ante-braços, as pernas e a região sacro-lombar, cobertos de finas escamas furfurácias, muitas das quais, são, nas pernas, escuras. Os ante-braços, os dorsos das mãos e dos pés, infiltrados, sendo a infiltração mais pronunciada na mão esquerda.

O rapaz é raquítico e os seus órgãos genitais não tem o desenvolvimento normal.

*Sensibilidades:* A dolorosa abolida nos pavilhões das orelhas e a termica abolida nos 2 terços inferiores das pernas.

*Exame Bacteriológico*: Mucus nasal—positivo, bacilos agrupados e alguns isolados, Sangue: negativo.

*Condições higiénico-sociais*: identicas às da precedente.

ALDEIA DE CARMONÁ

### Obs. XXXIX (*Wiseman Pinto*)

**Lepra mixta**

F... casado, de 50 anos, residente no *bairro Luís* de Carmonã, cozinheiro.

Antecedentes hereditários · sem importância.

*História da doença*: Lembra-se de ter tido ora dôres vagas e nevralgias localisadas, ora faltas de sensibilidade em várias regiões; há 7 anos, teve feridas nas mãos e nos pés.

*Estado Actual*: O rosto e o dorso das mãos e dos pés, apresentam-se fortemente pigmentados de escuro e infiltrados; tem úlceras no terceiro e no quarto artelhos do pé esquerdo, em todos os dedos da mão direita, que se acham encurvados em garra, e nós três últimos dedos da mão esquerda, com as unhas correspondentes, prestes a caír.

*Condições higiénico-sociais*: Mora em casa própria, pequena e sem conforto. E' destituido de meios; vivia do seu trabalho sustentando-se a si e á sua família; não tem meios ou condições para serem tomadas, nem se toma, medidas, para se evitar, dentro da sua casa, a comistura-ção do doente com os sãos; o doente não exerce actualmente nenhum mister.

Divagava pelo bairro, o que já não faz desde que lh'o proibiu o delegado de Saúde que, igualmente providenciou para que fosse subsidiado pelo Hospício de Margão. As imundícies domésticas são lançadas ao ar livre, nos arredores da casa.

### Obs. XL (*Wiseman Pinto*)

**Lepra tuberculosa**

F . . . casado, de 55 anos, residente no *bairro da capela*, de Cavelossim (Carmonã).

*Antecedentes hereditários*: nada de importante.

*História da doença*: Viveu por largos anos na África onde era empregado; há dois anos, após o seu regresso definitivo, adoeceu com uma febre que, ao princípio, foi contínua e depois intermitente, tendo-se-lhe, em seguida, começado a tumefaserem-se e pigmentarem-se fortemente de escuro os pés e as mãos.

*Estado Actual:* Ao presente, tem o rôsto, as orelhas, as mãos e os

pés, sobretudo as faces dorsais infiltradas, e túrgidos, com a pele espessada, fortemente pigmentada duma coloração muito escura e ligeiramente enrugada. Rôsto quási leonino.

*Condições higiénico-sociais*: Mora em casa própria, com rasoáveis cómodos. E' proprietário. Tem meios mais do que suficientes; na sua casa não são tomadas, mas há condições para serem tomadas, medidas, afim de se evitar a comisturação do doente com os sãos; anda livremente por toda a parte apesar de advertido para o não fazer.

Esteve, por vezes, em Vingurlá, tendo-se sujeitado ao tratamento, á sua custa, sem experimentar melhoras sensíveis.

### Obs. XLI (*Wiseman Pinto*)

**Lepra nervosa**

F... do sexo feminino, viúva de 48 anos, residente no populoso *bairro Costa*, de Carmonã.

Não se apura nada de importante nos seus antecedentes hereditários e pessoais; mas verificou-se que o seu mraido falecera duma erupção cutânea e feridas, cuja naturesa não se definiu; supõe-se, porém, que tenha sido lepra, sendo, pois, provável que ela tenha adquirido, a doença ao marido com quem coabitava.

*História da doença*: Há uns três anos teve uma úlcera, perfurante, na planta direita e que se tornou perfurante.

*Estado Actual*: Tem, além da úlcera, na estação calmosa, bôlhas nas mãos e queixa-se, de tempos a tempos, de formigueiros e perda de sensibilidade nas mãos.

*Condições higiénico-sociais*: E' proprietária tem meios de subsistência suficientes e casa própria com regular confôrto. Não são tomadas, mas há condições, em sua casa, para serem tomadas, medidas, afim de se evitar a comisturação da doente, com os sãos. Anda, livremente, por toda a parte, apesar de advertida, para o não fazer; as imundícies domésticas são atiradas ao ar livre, nos arredores da casa.

## CONSELHO DE QUEPÉM

### ALDEIA DE AMBAULIM

### Obs. XLII (*José Estevam Afonso e Sequeira Nazaré*)

**Lepra nervosa**

F... solteiro, de 45 anos, apròximadamente, natural e residente em Ambaulim (bairro Bibiangale), outrora jornaleiro, vivendo, actualmente, de esmola.

*Antecedentes hereditários*: Nada digno de menção, a não ser o facto de um irmão ter falecido, há muito tempo, duma úlcera na perna (lepra?)

*História da doença*: O seu mal começou, haverá 20 anos, por uma pequena vesícula nas fossas nasais; a seguir perdeu, dentro dum ano, por completo, o nariz, tendo ficado atacado, depois, o ôlho direito e em seguida a este o esquerdo, perdendo de vês a vista e experimentando neste comenos a surdez que ainda continúa a ter—tudo isso dentro dum ano e meio.

*Estado Actual*: A primeira coisa que se nota neste doente é uma depressão entre os ossos próprios do nariz e o rebordo alveolar do maxilar superior, conseqüência da destruição do septo e das asas do nariz; esta depressão é coberta por uma película de côr escura, sem nenhuma solução de continuidade, fechando, por completo, as narinas. Essa película ou cobertura, que continúa, inferiormente até o musculo orbicular dos lábios que se acha destruido na sua parte superior, faz com que fique, permanentemente, aberta a bôca por onde a vítima respira. A dentadura destruida, completamente, na sua parte posterior, apresenta na parte anterior um e outro doente, em péssimo estado de conservação. Tem sialorreia, mas não muito abundante.

O globo ocular direito, o primeiro atingido e hoje completamente destruido, deixa vêr a conjuntiva pela abertura palpebral, reduzida no sentido de todos os seus diámetros. Acham-se destruídas ambas as palpebras, No globo ocular do lado oposto nota-se uma proeminência da córnea, ligeiramente ulcerada: conserva-se a palpebra superior, achando-se destruida a inferior. Não tem barba nem sobrancelhas.

Um tecido queloide prende o mento á região peitoral. Este tecido, semelhante ao das cicatrizes viciosas de queimadura, se formou após a manifestação cutânea que apareceu nos primeiros anos do mal. Idêntico tecido cicatricial, se vê em diversos pontos do corpo, principalmente, na região lombar direita, no ombro do mesmo lado, na face antero-externa côxa esquerda, nos joelhos e na perna direita e que o doente declara ter aparecido depois dos traumatismos produzidos pelas freqüentes quedas. As orelhas apresentam uma côr pálida, sem outra manifestação.

*Condições higiénico-sociais*: Mora sósinho, numa casinha, insusceptível de beneficiação, tendo na sua retaguarda uma pequena superfície com vedação arbustiva; lança em volta da habitação, as imundicies que são desfeitas pela acção do tempo. Na proximidade da habitação dêste desgraçado existem nada menos de 16 casebres de *oleiros*—esta gente, com a qual o doente se põe em contacto, não apresenta nenhum sintoma de lepra. A sua situação, financeira tornou-se bastante precária desde a suspensão do subsídio mensal de três rupias que lhe dava o Hospício. Vive, actualmente, de esmola, contribuindo algumas pessoas da localidade para sua alimentação. Cozinha por si, apesar da sua cegueira que, igualmente, não impede que êle divague pelo bairro.

## CONCELHO DE PONDÁ

### Obs. XLIII ( *Lourenço de Almeida* )

#### Lepra tuberculosa

N. R. N. residente no bairro Vascondém da Cassabé de Pondá, casado, de 45 a 50 anos de idade, pedreiro.

Nos seus ascendentes ou colaterais não se conhece lepra. Nunca esteve no estrangeiro.

*História Pregressa*: Quando tinha 12 para 15 anos teve uma dermatose rebelde nas pernas, mas que afinal curou-se espontâneamente; esta dermatose que passou nas mãos também, nunca o deixou de vez; se em uns mêses, sobretudo na época do frio, estava em evolnção, noutros era sêca, parecendo-se com eczema em placas ou ainda psoriasis.

*Estado actual*: Ao presente, tem o rôsto, as orelhas, o nariz, as mãos e os pés infiltrados. Sobrancelhas raras. Ulcerações nos pés. O andar é titubeante, As principais funções estão regulares.

*Condições higiénico-sociais*: Mora num miserável casebre de *mundcar*, tendo algumas casas na proximidade. Nêsse casebre não há possibi-

lidade de isolamento, sendo êle o único a trabalhar e provêr à sustentação da família que parece não ter noções de contágio nem acreditar nêle.

### Obs. XLIV (*Alfredo Araújo*)

**Lepra mixta**

M. N. de 45, anos, casado, natural de Sirodá.

*Antecedentes hereditários*: nada de importante. *Pessoais.* È sifilítico terciário.

Não se apura a origem do contágio da lepra, nem tanto os sistemas do periodo da invasão; duração da doença: 3 a 4 anos.

*Estado Actual*: Rarefacção das sobrancelhas. Lesão eritematosa, cavalgando o dorso do nariz, e extendendo-se dum malar ao outro; no malar esquerdo um pequeno tubérculo, mais sensível á palpação; lepride anular, lusídia e enrugada, com centro acrómico e bordos hiperémicos tendo de dimensões 6/8 em no peitoral direito; lesão do mesmo tipo e quási do mesmo tamanho em volta do mamilo esquerdo; mancha acrómica em toda a extensão do longo supinador direito, seguindo-se a esta uma pequena placa acrómica, circular, de bordos levantados, no ante-braço. Grande lesão, de centro acrómico e bordos hiperpigmentados ocupando todo o terço inferior da face externada da coxa direita a perna direita fortemente ictiósica e o pé do mesmo lado edemaciado, violácio e lusídio, tendo na base do 5.º dedo (face plantar) uma pequena ulcera circular. No membro inferior direito não apresenta nada de importante, a não ser uma vasta superfície ictiosica na face externa da côxa.

*Sintomas nervosos:*

*Sensibilidades*: A lesão do nariz acusa uma atenuação sensível das sensibilidades térmica e dolorosa, a do peitoral direito— abolição da térmica e da dolorosa; a mancha em volta do mamilo esquerdo— abolição das sensibilidades térmica e dolorosa, com conservação da tactil; a lesão ao longo do supinador e a do antebraço teem as mesmas perturbações de sensibilidade; a lesão da côxa direita—dolorosa conservada nos bordos e abolida no centro, a térmica abolida em toda a altura e a táctil conservada; a perna direita tem perdido as sensibilidades térmica e dolorosa, conservando a táctil; o pé esquerdo tem todas as sensíbilidades; a úlcera, insensível á picada e ao calor, conserva a táctil.A lesão descamante da côxa esquerda tem a sensibilidade térmica abolida.

O cubital direito é hipersensível á pressão e apresenta-se hipertrofiado e moniliforme. Não existem atrofias sensíveis nos músculos das mãos. O tonus do orbicular das palpebras conserva-se normal.

*Exame bacteriológico*: mucus nasal —positivo, bacilos não abundantes.

*Condições higiénico-sociais:* Pouco ou nada se pôde apurar. O doente foi examinado no Hospital Central onde baixára, como indigente, para se tratar da sífilis. É pobre.

### Obs. XLV (*Alfredo Araújo*)

**Lepra mixta**

M. D. casado, de 35 a 40 anos, natural de Candeapar (Pondá.)

*Antecedentes hereditários*: não se apura nada de importante. *Periodo de invasão*: formigueiros nos ante-braços e nas pernas.

*Estado Actual*: ligeira infiltração cúprica nos malares e no nariz; grande mancha de centro hiperpigmentado e bordos acrómicos, ocupando toda a omoplata direita. Começo de garras nas mãos. Ulcera na planta direita.

*Sensibilidade*: A mancha da escapula teve o centro, hipersensível e os bordos com sensibilidades, termica e dolorosa atenuadas. Os ante-braços e as mãos, as pernas e os pés teem as sensibilidades térmica—e dolorosa abolidas, com a conservação porém da tactil o fundo da úlcera é insensivel á picada.

**N. B.**—*Não foi possivel fazer mais pesquisas sôbre êsse doente que foi encontrado acidentalmente, numa enfermaria geral do Hospicio de Margão, e donde foi retirado logo que se pôs o diagnóstico de lepra.*

## CONCELHO DE PERNÉM

### Obs. XLVI (*Teodoro de Sousa*)

#### Lepra nervosa

S. Z. do sexo feminino, hindú, natural de Mapuçá (Onçabatta) e residente no bairro *Poqué*, de Morgim.

*Antecedentes hereditários*: Nada de importante. *Familiares*: Um irmão que era caldeireiro morreu leproso. A doente, quando solteira, viveu com o referido irmão que residia no bairro Onçabatta de Mapuçá.

*Estado actual*: Tem cicatrizes de ulcerações, formando placas circulares, lisas e predominando nas mãos, pernas, pescoço e torax. A conjuntiva e a córnea de ambos os olhos se acham já atingidas pelas produções leprosas que acabaram por distruír o sentido de visão. Os dedos das mãos e dos pés ulcerados. Os dedos das mãos sem as falangetas e o pé esquerdo sem o dedo mínimo. Assim mutilada e cega é a doente, torturada, ainda, por uma cefalalgia intensa.

*Condições higiénico-sociais*: A doente é de condição social inferior. Tem sofríveis meios de subsistência. A casa aonde mora, actualmente, é um pardieiro e fica situada num bairro populoso, com larga visinhança. Esta mulher, assim mutilada exercia, até há 2 anos atrás, a profissão de *daia*, tendo cessado por proíbição do delegado de saúde que, igualmente, recomendou á família o máximo cuidado na limpeza da casa e no destino a dar ás inundicies.

## CONCELHO DE BARDÊS

## VILA DE MAPUÇA

### Obs. XLVII (*Alfredo Araujo*)

#### Lepra mixta

J. F. natural de Tambox (Perném) de 44 anos, solteiro, cozinheiro.

Começou a doença em Bombaim, 4 anos depois de ter lá fixado a

sua residência. *Duração:* 5 anos aproximadamente.

*Perturbações do período de invasão:* corisa tenaz por alguns meses.

*Evolução:* ao corisa seguiu-se um edema nos pés que se tornaram violáceos e duros.

*Estado Actual*: Infiltração difusa tuberculoide no rôsto, tomando a aparência de papulas tuberculoides confluentes nas asas do nariz e variando do tamanho entre uma cabeça de alfinete e uma ervilha; a infiltração torna-se mais intensa nos nos lóbulos das orelhas, encontrando-se á palpação finos granulos subdérmicos, não apreciáveis á inspecção, sobretudo no da esquerda: Hipotrofia com enrugamento da pele nos pavilhões. Manchas acrómicas, pequenas e ovalares, $^1/_2$ cm. na parte supero-externa do malar direito e uma outra na parte média do esquerdo, ambas do tipo de eczematide superficial furfurácia. Rarefacção acentuada das sobrancelhas. Duas pequenas manchas acrómicas, não furfurácias, anestesicas, simétricas nos cavados sub-claviculares. Infiltração dos mamilos, sobretudo do direito. Zona losângica $^{10}/_8$ cm. infiltrada, com tubérculos miliares, confluentes, no epigástro. Eczematides ovalares $^2/_1$ cm. umas ainda furfurácias, outras cicatrisadas, no hipogástro, invadindo lateralmente uma parte do flanco esquerdo onde existem inúmerás manchas acrómicas, finas, anestesicas, quási confluentes e que continuam para além da linha axilar média Nota-se um pouco para trás desta linha: uma infiltração edematosa *en nappe* dando á pele o lusídio caracteristico das lepredes cutâneas extensas. Eritema pouco visível no flanco direito. Grande eritema difuso, no dorso, com várias manchas acrómicas, $^3/_4$ cm., de bordos planos e irregulares na região inter-escapular, invadindo em asa de morcêgo a escápula direita; manchas do mesmo tipo, menores, disseminadas pelos tegumentos das omoplatas. A região lombar apresenta-se fortemente infiltrada, com a pele hipotrófica, enrugada e lusídia em alguns pontos e com papulas confluentes, de dimensões várias; esta infiltração, é mais pronunciada nos glúteos onde existem, além das papulas, tubérculos miliares. Uma infiltração difusa com tubérculos finos ocupa as faces antro-externas dos ante-braços, os dorsos das mãos, não poupando as palmas que se apresentam lusídias e untuosos.

Grande eritema nas coxas, sobretudo nas faces externas, extendendo-se pelas pernas que se apresentam lusídias, com a pele delgada e tensa, salpicada de finas manchas hipercrómicas e invadindo ainda o dorso dos pés, edemaciados e brilhantes. Onixis e peri-onixis em todos os artelhos. Uma grande lepride gomosa, ulcerada, com fundo irregular e avermelhado e uma aureola hiperpigmentada na inserção inferior do ligamento rotuliano direito.

*Sintomas nervosos*: Cubitais sem hipertrofias e hipersensibilidade. Os musculos das eminencias tenar e hipotenar e interosseos das mãos, normais; dedos com movimentos de amplitude normal, sem onixis. Onixis e peri-onixis nos artelhos. *Sensibilidades*: Rôsto, orelhas e pescoço e tróax a térmica abolida, a dolorosa atenuada e a táctil normal. Faces externas dos braços e ante-braços—a térmica e a dolorosa atenuadas e a táctil conservada normal. Dorso das mãos—a térmica abolida, a dolorosa atenuada e a táctil normal. Palmas—forte hipersensibilidade térmica e dolorosa, táctil normal. Faces externas das côxas — atenuação da térmica e da dolorosa, táctil normal. Faces posteriores das côxas— abolição da térmica e da dolorosa, com conservação da táctil. Pernas— hipersensibilidade térmica e dolorosa, táctil normal. Dorso e planta dos pés —hipersensibilídade térmica, dolorosa e táctil.

*Gânglios:* Finos, dispersos ao longo do bordo posterior do esterno-mastoideu; sem importância na axila direita; um grosso gânglio, empastado, no vértice da axila esqnerda. Pleiade ganglionar empastada e pouco móvel nas virilhas.

*Testículos:* Direito—de volume normal, consistência pibrosa com pequenas nodosidades palpáveis; epididimo são. Esquerdo—fortemente atrofiado, mole, *encimado* por um epidídimo nodoso, com nódulos na cabeça e na cauda, estrangulada na parte média.

*Condições higiénico-sociais* : Pobre. Asilado.

## Obs. XLVIII ( *Alfredo de Araujo* )

### Lepra mixta

D. M. de 22 anos, solteiro, natural de Aldonã.

Há 15 anos que lhe morreu o pai, em Rangoon, de lepra que contraíra em Bombaim. Já leproso avançado conviveu com a família, mulher e dois filhos, por 2 anos, quando voltou a Goa. A mãe morreu de gripe em 1918, sem ter apresentado manifestação cutânea de lepra. Tem uma irmã, igualmente leprosa e internada no Asilo.

*Perturbações do periodo da invasão* : Começou a doença há 10 anos por manchas vermelho-escuras simétricas nos malares e por uma erupção bôlhosa ( penfigo leproso ? ) no glútio direito. A estas manifestações seguiu-se uma erupção generalisada, cujo tipo não se pôde apurar, acompanhada duma persistente sensação de obstrucção nasal.

*Estado Actual :* Infiltração com hipercrómia cúprica intensa, no nariz. Arcadas supraciliares com infiltração do mesmo tipo e com finas cicatrizes escavadas, de fundo acobreado que invadem ainda as palpebras Rarefacção das sobrancêlhas, na extremidade externa. Malares infiltrados. Infiltração tuberculosa hipercrómica nos lábios, extendendo-se á mucosa até o rebordo alveolar e apresentando tubérculos grossos e raros no bordo livre do lábio inferior. Tubérculos, hipercrómicos no mento dando, pela confluência, a esta região o aspecto dum favo de abelhas. Manchas hiperpigmentadas cúpricas de diversas tonalidades nas regiões genais. Largas manchas acrómicas, de contornos geográficos, intercaladas de manchas hipercrómicas, relativamente raras, nos peitorais, extendendo-se, já abundantes e numerosas, não se prestando á uma descrição detalhada, pelas espáduas cuja pele apresenta-se enrugada e hipotrófica. Duas manchas acrómicas, simetricas, formando aréolas em volta dos mamilos que se acham infiltrados. Leprides tuberculosas no epigástro, ocupando uma zona quadrilátera de $^4/_6$ cm.

Eczematides furfurácias, numerosas, confluentes, de tamanhos os mais variados e raras cicatrizes finas, escavadas ( de bôlhas ? ) nos flancos. Manchas acrómicas, não furfuráceas, intercaladas de leprides hiperpigmentadas ( máculo-tuberculosas ) no dorso, predominando na região inter-escapular e nas omoplatas. Infiltração com máculas e cicatrizes finas na face postero-interna dos braços. Lesões tuberculosas em volta dos cotovelos, continuando pelos ante-braços, dorso das mãos e ainda pelos dedos cujas primeiras falanges se apresentam edemaciadas. Começo de atrofia dos extensores, com ligeira flêxão de todos os dedos. Numerosas cicatrizes finas, umas planas e outras deprimidas, nos glútios e na face posterior das raizes das côxas. Lesões identicas ás dos cotovelos, porém, mais pronunciadas nos joelhos. Infiltração das pernas, lusídias com finas e raras manchas acrómicas nos terços inferiores. Grande infiltração dos dorsos dos pés que na parte mediana apresentam máculas hiper e hipo-crómicas, pequenas e ovalares. Onixis e peri-onixis.

*Sintomas nervosos* : Cubitais hipertrofiados, hipersensiveis, lisos ; esbôço de garras. Cordeletas nervosas, ramos do plexo cervical superficial, atravessando as faces laterais do pescoço e dando, á compressão, dôres nas regiões temporais. Sensibilidades: Rosto, pescoço, abdómen, braços, ante-braços e mãos teem todas as sensibilidades normais, exceptuando as leprides tuberculosas, que teem a térmica e a dolorosa atenuadas. Manchas— nas zonas acrómicas a dolorosa e a térmica estão atenuadas, porém, nas hiperpigmentadas só se conserva a sensibilidade tactil.

*Gânglios:* Sem importância nas axilas. Virilha direita—dois grossos, empastados e pouco móveis. Virilha esquerda—finos gânglios em volta dum grosso e pouco móvel.

*Testículos:* atrofiados, sem nodosidades palpáveis.

*Condições higiénico-sociais:* Asilado Pobre.

## Obs. IL (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

F. S., de 23 anos, natural de Mapuçá (Corlim), solteiro.

Não se conhece lepra no seus ascendentes; era creado de servir numa casa de Siolim onde, segundo o doente, se deu um caso de lepra que foi a origem da sua doença que começou dois anos depois de entrar naquela família. *Duração*—4 anos.

*Perturbações do periodo de Invasão:* Erupção pruriginosa nas articulações (joelhos e punhos) e manchas cúpricas, simétricas nos malares.

*Estado Actual:* Infiltração difusa na testa com acentuação de numerosas prégas transversais; a base do nariz, completamente, destacada por dois sulcos laterais; acentuação dos sulcos naso-genais. Tubérculos finos e raros no mento. Aspecto geral do rôsto: Infiltrado, tendendo para o facies leonino e predominando a infiltração na base do nariz, nas regiões genais e nos lábios, designadamente no superior. Cicatrizes finas de fundo deprimido e cúprico, disseminadas por todo o rôsto e sobretudo pela testa. Manchas simétricas nos malares; a direita $^2/_3$ c.m de centro acrómico, com hiperpigmentação dos bordos; a esquerda toda acrómica $^1/_2$ c.m. Pequenas eczematides, ovalares, nas regiões masseterinas. Forte infiltração dos pavilhões das orelhas, sem tubérculos individualisados—lóbulos hipertrofiados e pendentes. Eczematides furfuráceas, envolvendo o pescoço, quási sem solução de continuidade e generalisando-se em *placards*, mais vastos, de contornos geográficos, por todo o corpo, com pequenos intervalos de pele indene mas infiltrada. Pápulas tuberculoides, confluentes no peitoral esquerdo e numa zona quadrilátera, logo abaixo do apêndice xifoideu. Fraca infiltração da face posterior dos braços, da antero-externa dos ante-braços e do dorso das mãos. Dedos em fusos, com esboço de garra. Atrofias sensíveis das eminências hipoténares e dos 1.os interósseos. Lepromas difusos, *en nappe*, outros isolados, em nódulos, nos glútios; lesões similares nas faces internas das côxas. Pequena infiltração do dorso dos pés. Dedos edemaciados, com onixis, sobretudo no pé esquerdo.

*Sintomas nervosos:* perturbações neuro-tróficas—atrofia das eminencias hipoténares e dos primeiros interósseos; esboço de garra. Nervos—cubital direito, infiltrado, hipersensivel e liso.

*Sensibilidades:* Orelhas, nariz e mento—térmica e dolorosa abolidas, táctil conservada. Torax e abdómen—dolorosa hiper, termica atenuada, táctil normal. Pescoço (regiões anteriores e laterais)—dolorosa e térmica atenuadas, táctil conservada. Dorso—hipersensibilidade térmica e dolorosa. Faces internas dos braços—térmica e dolorosa hiper. Membro superior direito: Ante-braço (faces antero-externa e postero-interna)—térmica abolida, dolorosa atenuada, táctil normal; ante-braço (bordo cubital) térmica e dolorosa atenuadas. Dorso da mão—térmica atenuada, dolorosa abolida, táctil normal. Palma e dedos—dolorosa e térmica aumentadas. Membro superior-esquerdo—ante-braço (face antero-externa)—dolorosa abolida, térmica atenuada, táctil normal; ante-braço (face postero-interna)—térmica atenuada, dolorosa e táctil normais; ante-braço (bordo cubital)—dolorosa e térmica atenuadas, táctil conservada; dorso da mão—dolorosa abolida e térmica atenuada; palma—forte hipersensibilidade dolorosa; a térmica a táctil conservam-

se normais ; dedos—hipersensibilidade térmica e dolorosa.

Membro inferior direito : Côxa—Face posterior ($^1/_3$ superior) hipersensibilidade dolorosa ; $^2/_3$ inferiores—abolição da térmica e da dolorosa. Face externa—dolorosa abolida, térmica atenuada, táctil normal. Perna idem. Dorso do pé e dedos—abolição da térmica, da dolorosa e da táctil Planta—hipersensibilidade térmica e dolorosa.

Membro inferior esquerdo: Côxa—Face posterior ($^1/_3$ superior) e face externa—abolição da térmica e da dolorosa. Perna ($^1/_3$ superior) atenuação da térmica e da dolorosa ; $^2/_3$ inferiores—abolição da térmica e da dolorosa. Dorso do pé e dedos— abolição de todas as sensibilidades. Planta hipersensibilidade térmica e dolorosa.

*Gânglios*—dois grossos e empastados, um em cada virilha,

*Testículos*—de tamanho normal, com nòdulos miliares palpáveis. Epidídimo esquerdo—espessado na cabêça.

*Condições higiénico-sociais* : Asilado. Pobre.

## Obs. L (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

A. B. de 24 anos, solteiro, natural de Mapuçá (Duler).

Antecedentes hereditários e familiares sem importância. Não se recorda de ter visto leproso algum antes de se ter desenvolvido nêle a doença que se manifestou seis anos depois de voltar de Rangoon, aonde estudava. *Periodo da invasão* : Eritema no punho esquerdo e coriza crónico.

*Estado Actual*: Aspecto geral, miserável. O doente apresenta-se extremamente emaciado, com grandes atrofias dos músculos do tronco e dos membros, contrastando com o rosto e os pés, edemaciados. Infiltração ligeira da testa, em pregas ; mais pronunciada nas arcadas supraciliares e nos malares, tão fortemente infiltrados que ocultam quási por completo os olhos. Rarefacção das sobrancelhas na extremidade externa. Manchas hiperpigmentadas, simétricas, de $^3/_4$ c.m, nos malares.

Grande infiltração no nariz (lóbulo e asas) e nos lábios, sobretudo no superior, hipertrofiado ; a infiltração invade ainda a mucosa labial que apresenta tubérculos opalinos, alguns miliares e outros do tamanho de ervilha, estes mais numerosos no lábio superior ; gengivas hipotrofiadas, violáceas, contrastando com a cor rósea da mucosa adjacente. Glossite, com tubérculos miliares, em grupos, na parte média e nos bordos da lingua, com pronunciação do sulco mediano. Orelhas fortemente infiltradas, escuro-cúpricas, lóbulos hipertrofiados e pendentes ; grossos tubérculos no tragus e anti-tragus ; desaparecimento do sulco entre o helix e anti-helix pela edemaciação das partes limitantes ; cicatrizes reintrantes, resultado da reabsorção dos tubérculos, ao longo do helix. Infiltração com pápulas miliares, quási confluentes, e manchas, umas cúpricas,, outras acrómicas, nos peitorais ; pequenas placas ovalares de eczematide furfurácea no epigástro, flancos e omoplatas ; bordos imternos das omoplatas infiltrados, sem tubérculos individualisados. Manchas acrómicas, intervaladas de espaços hiperpigmentados, na região,lombar que se apresenta edemaciada, alastrando-se a infiltração, já mais pronunciada, para os glútios onde existem nódulos, isolados e confluentes, de dimensões variadas. A face posterior dos braços com infiltração de côr cúprica que vai aumentando á medida que desce, sendo muito pronunciada nas mãos e nos dedos. Abundantes tubérculos, confluentes, nos cotovelos, uns em via de reabsorção, outros em plena florescência ; uma mancha escura $^1/_2$ c.m na região epitrocleana esquerda ; grossos tubérculos, com crostas cicatriciais, na parte média do ante-braço direito ; pápulas violaceas no punho direito que, também, apresenta muitos tubérculos miliares. Dedos com começo de garra e com onixis. Atrofias das eminencias, sobretudo

das ténares.

Dedos com começo de garra e com onixis. Atrofias das eminências, sobretudo das ténares.

Grosso tuberculo, violácio, na parte média da face anterior da côxa esquerda, seguido dum grupo de tuberculos, menores, cúpricos, parte deles recentes, outros em via de regressão, com vértice deprimido e coberto de crôstas; joêlho esquerdo infiltrado, apresentando tubérculos miliares na parte superior e um mais grosso no vértice da rótula. O joêlho direito apresenta três tuberculos, dispostos em linha vertical e separados uns dos outros por intervalos de 1 cm—o 1.º hipodérmico, fazendo saliência sob a pele, o 2.º superficial, cúprico e recente, o 3.º tambem superficial, em via de reabsorção. A pele é lusidia, hipotrófica e escamosa na face posterior das pernas, cujas faces anteriores se apresentam lisas e tensas, com escamas escuro-acobreadas, destacando-se sobre o fundo rosa-pálido no terço inferior. Tubérculos ao longo do bordo interno do pé esquerdo e dois deles ulcerados—o 1.º ao nível do astragalo com fundo amarelo-pultáceo e uma auréola rosea, o 2.º ao nível da base do polegar, com fundo avermelhado. O bordo interno do pé direito apresenta-se hiperqueratósico, com um grosso tubérculo, de consistência fibrosa. Infiltração com tubérculos, finos e confluentes, nos cavados plantares. Pés fortemente edemaciados.

*Sintomas nervosos*: Perturbações neuro-tróficas—atrofias dos músculos das mãos, onixis. Nervos: Cubital direito hipertrofiado, liso; esquerdo—nodosidade fusiforme, palpável a 2 cm por cima da goteira epitrocleo olecraniana. Vários ramos superficiais do plexus cervical, hipersensíveis e facilmente palpáveis.

Sensibilidades: Rôsto—térmica e dolorosa aumentadas. Orelhas—abolição da térmica, dolorosa e tactil. Torax e abdómen—ligeira hipersensibilidade térmica. Dorso—fraca hipersensibilidade térmica e dolorosa. Braço direito—grande hipersensibilidade dolorosa. Antebraço direito—atenuação da térmica e da dolorosa. Mão direita e braço esquerdo—aumento da sensibilidade dolorosa. Ante-braço esquerdo—abolição da térmica e da dolorosa, atenuação da tactil. Mão esquerda—hipersensibilidade dolorosa. Face posterior das coxas—idem. Face posterior da perna direita—abolição da térmica e da dolorosa, atenuação da tactil. Face posterior da perna esquerda—fraca hiperestesia dolorosa. Faces anteriores das coxas, pernas, dorsos dos pés e plantas—hipersensibilidade térmica e dolorosa.

*Gânglios*: Sem importância no pescoço e nas axilas. Virilha direita—pleiade ganglionar—os dois superiores, móveis, os inferiores—empastados. Virilha esquerda—gânglios dispostos em losango—os das extremidades empastados, os laterais pequenos e móveis.

*Aparelho genital*: Escroto infiltrado na parte inferior, com finas cicatrizes acrómicas. Testículo direito—atrofiado, esclerótico, com nodosidades muito nitidamente palpáveis; epidídimo nodoso. Testículo esquerdo—hipertrofiado e nodoso; epidídimo liso e duro.

*Condições higiénico-sociais*: Pobre. Asilado.

## Obs. LI (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

A. A. de S., 35 a 40 anos, solteiro, natural de Candolim.

Não tem lepra nos ascendentes nem nos colaterais. Viveu por muito tempo em Bombaim donde voltou há 9 anos, tendo-se manifestado a doença dois anos depois.

*Perturbações de invasão*: Lembra-se de epistaxis, como sintoma do início, tendo passado a ter sucessivamente as lesões que hoje apresenta.

*Estado Actual*: Infiltração intensa no rosto, formando grossas pregas transversais na testa e outras verticais na raiz do nariz, completamente destacada, com um grosso tubérculo. Sobrancêlhas conservadas só na parte interna das arcadas que se apresentam, fortemente, infiltradas, com dois grossos tuberculos, simétricos e isolados. Duas grossas pregas simétricas partindo da raiz do nariz para as regiões genais e resultando daqui um alargamento aparente do dorso do nariz, cujo lóbulo pende sôbre a face fosseta média do lábio superior. Lepromas tuberculosos confluentes, hiperpigmentados, nas regiões malares. Lábios Infiltrados, com tubérculosi solados no inferior. Um grosso tubérculo $^2/_3$ cm. ocupando o sulco mento-labial. Orelhas infiltradas, lusidias, sem tubérculos individualisados, exceptuando o tragus e o anti-tragus, onde se veem alguns grossos do tamanho de ervilha. Leprides máculo-tuberculoides, cúpricas, na nuca. Lesões identicas, em longos *placards*, alguns isolados, atingindo a largura de 3 a 4 cm., no dorso que, também, apresenta porções de pele com o eritema característico.

Na região lombar, excepção feita da porção correspondente á coluna vertebral, vê-se uma grande *nappe* de eritema. Na parte anterior do tronco predominam manchas acobreadas, extendendo-se, com formas e dimensões variadas, por toda a superfície do torax e do abdómen. Léprides tuberculosas, confluentes, na região peitoral direita, no espaço esterno-mamilar esquerdo e na região para-ombilical. Lesões da mesma natureza na espádua e no braço esquerdos; a pele hipotrófica e enrugada. Os membros superiores, totalmente, infiltrados, com várias zonas eritematosas; uma ou outra lepride cutânea tuberculosa; escamas finas na mão esquerda. Retracção dos dedos mínimos; infiltração das palmas onde se notam inúmeias e pequenas manchas acobreadas. Membros inferiores paquidérmicos, com vastos *placards* eritematosos, zonas máculo-acobreadas e lesões escamosas difusas. Rara é a região indene—apenas nos cavados poplíteos encontram-se pedaços de pele sã. O sistema pilososo não está afectado, com excepção das sobrancelhas.

*Sintomas nervosos*: Cubitais de ambos os lados hipertrofiados, sem nodosidades sensíveis. Cordeletas nervosas do plexus cervical superficial, palpáveis e hiper-sensíveis.

Sensibilidades: Testa, nariz, mento, orelhas e regiões genais—abolição da térmica e da dolorosa. Região anterior do torax—hipersensibilidade térmica e dolorosa. Regíão inter-escapular (manchas)—hipersensibilidade dolorosa. Omaplatas—abolição da térmica. Dorso (abaixo das omoplatas)—térmica abolida e a dolorosa atenuada. Abdomen-forte hipersensibilidade dolorosa. Terço superior dos glútios—hipersensibilidade térmica e dolorosa. Dois terços inferiores dos glútíos e membros inferiores-abolição de todas as sensibilidades. Faces externas dos braços—abalição da térmica e da dolorosa. Terços inferiores dos ante-braços e dorsos das mãos—atenuação da térmica e da dolorosa. Palma esquerda—térmica abolida.

## Obs. LII (*Alfredo Araujo*)

### Lepra nervosa

J. C., natural de Assagão, de 57 anos, solteiro.

*Antecedentes hereditários* sem importância.

Não se pôde apurar a origem do contágio, nem tanto os sintomas do início da doença e a sua evolução Duração—12 a 15 anos.

*Estado Actual*: Nenhuma lesão ou vestígio de lesão no rosto, pescoço, torax e abdómen. Pele sêca com escamas brilhantes e escuras (ictiose nigricans) nas omoplatas, espáduas, face posterior dos braços, face externa dos antebraços, parte superior dos glútios e face externa das côxas. Uma ulceração ovalar $^1/_2$ cm., de fundo avermelhado e plano cercada dum

rebordo amarelado, na região sagrada ; duas cicatrizes brilhantes, hiperpigmentadas, $^2/_3$ cm. e $^1/_2$ cm., com centro acrómico, no glútio direito. Uma outra do mesmo tipo no esquerdo. Grande superfície ulcerada $^8/_4$ cm., em parte coberta de pequenas crôstas amareladas e apresentando, noutros, pontos, zonas abertas de fundo avermelhado, na parte superior da face posterior da côxa direita—esta superfície continúa para baixo e para fóra com uma outra de pele escamosa, entremeada de extensas cicatrizes acrómicas e planas, que ocupa a face externa da côxa direita até ao nível da rótula. Lesão eritematosa, descamante, com crôstas amareladas, circulares, pequenas e imbricadas em alguns pontos, notando-se noutros, intervalos róseos, originados pelo *grattage* e pela queda de crôstas, donde transuda um liquido seroso turvo, envolvendo, por completo, ambas as pernas. Grandes mutilações nos pés e nas mãos. Pés—1.º 2.º e 5.ª dedos reabsorvidos, conservando só a 1.ª falange que apresenta vestígios de unhas ; 3.º e 4.º dedos, atrofiados e recurvados, com onicorrixis. Mão direita—Supressão do polegar por quéda, indicada por uma cicatriz acrómica e lusidia que exíste ao nível da extremidade inferior do 1.º metacarpiano. O indicador, médio e o anular, conservam só a 1.ª falange—o primeiro e o último perderam as falanginhas e as falangetas por reabsorção (conservam vestígio de unha) e o segundo por quéda (cicatriz) Onixis no mínimo que conserva todas as falanges e apresenta-se em garra. Mão esquerda--Polegar com a 2.ª falange, em parte reabsorvida ; os outros dedos mais ou menos reabsorvidos, predominando a reabsorção no indicador, no médio e no mínimo. Grande atrófia dos músculos das mãos.

*Sintomas nervosos* ; Cubitais hipertrofiados, sem nodosidades. Perturbações neuro-tróficas : Garras, quéda e reabsorção das falanges, atrofias musculares etc. Sensibilidades : A térmica e a dolorosa abolidas nos ante-braços, faces externas dos braços e pernas. Nas mãos e nos pés está abolida ainda a tactil. A lesão da côxa é insensivel á picada e ao calor.

*Gânglios* : Hipertrofiados e empastados; dois na virilha direita e três na esquerda.

*Testiculos* : Atrofiados, reduzidos ao volume duma noz, com finas nodosidades palpáveis.

*Condições higiénico-sociais* : Pobre. Asilado.

## Obs. LIII (*Alfredo Araujo*)

### Lepra tuberculosa

I. B. do sexo feminino, 45 anos, viúva, natural de Seraulim (Salcete).

*Antecedentes hereditários e familiares*—nada de importante.

*História da doença* : Há 15 ou 16 anos, foi, por umas 6 vezes, á casa dum leproso de Comba (Margão) que se encarregava, apesar de mutilado, de solicitações jurídicas. Lembra-se de ter passado uma ou outra vez o dia inteiro, fazendo as refeições em comum, com o leproso e com a sua família. Um ano depois disto teve uma febre remitente que durou, proximamente, um mês, tendo-se manifestado a lepra na convalescênça dessa febre.

*Perturbações* do *Periodo de Invasão* : A doença começou por uma mancha rósea, do tamanho de moeda de uma rupia e que se tornava vermelho-viva sob a acção do sol (eritema), na face direta ; dois meses, depois, teve mais uma do mesmo tipo, simétrica na face esquerda. Recorda-se de ter tido, a seguir, várias manchas da mesma espécie, pelo corpo, que desapareceram todas dentro duns 6 meses. Desde o começo tem dismenorreia.

*Estado actual*—Infiltração difusa de todo o rôsto, acentuadamente do nariz, faces, lábios e mento. Facies tendendo para o leonino. Um grosso tubérculo eritematoso na raiz do nariz cujos, lóbulos e azas apresentam-

se lusidias, com uma coloração fortemente escura e com tubérculos miliares confluentes. Grupos de tubérculos finos na fosseta média do lábio superior e no sulco mento-labial. Manchas eritematosas, desaparecendo à pressão nos malares. Lépides tuberculosas difusas nas faces. Orelha direíta-infiltração sem individualisados, exceptuando o lóbulo onde se notam raros e finos, mais sensíveis à palpação; hiperpigmentação do hélix. Orelha esquerda— infiltração mais pronunciada no hélix, bi-estrangulado por retracções cicatriciais, e com tubérculos de vários tamanhos, em toda a altura; lóbulo cheio de tubérculos. Infiltração geral do dorso e do abdómen, com lesões, não isoladas, escapando á descrição. Uma superfície quadrilátera $^4/_3$ c.m, violácea, vestígio duma lépride hiperpigmentada, na face interna do punho direito, que no bordo cubital deixa vêr grossos tubérculos. Grupos de finos tubérculos em via de reabsorção e inúmeras manchas finas, violáceas, provávelmente de tubérculos miliares, no bordo cubital do punho esquerdo. Forte infiltração do dorso das mãos e dos dedos que conservam todas as falanges e em cujas articulações (metacarpo-falangianas e inter-falangianas) se notam inúmeros e grossos tubérculos, de vários tipos—uns sub-dérmicos, outros superficiais, alguns eritematosos, outros cúpricos e ainda violáceos, dificultando a flexão dos dedos. Grande infiltração das pernas, dorsos dos pés e dedos. Lesão eczematosa descamente, de fundo violáceo-escuro, com ulcerações avermelhadas, sangrando facilmente, em volta de ambas as pernas—na direita nos dois terços inferiores e na esquerda só no terço inferior. Vê-se, disseminadas por todo o corpo, cicatrizes de variola que teve há um ano.

*Sensibilidades:* A térmica e a dolorosa atenuadas nas pernas e nos dorsos dos pés.

*Ganglios* —sem importância, nas virilhas.

*Aparelho genital*—A doente não teve filhos. Tem hoje 45 anos; logo no comêço da doença, i e, há 14 a 15 anos, começou a terdismenorreia, tendo a menstruação cessado por completo há 3 anos.

*Condições higienico-sociais:* Remediada. Asilada

## Obs. LIV (*Alfredo Araújo*)

### Lepra nervosa

M. F. F., de 50 anos, viúva, natural de Colvale.

*Antecedentes Familiares*: E' casada duas vezes. O primeiro marido com quem viveu um ano e meio era leproso evidente (tipo máculo-tuberculoso). Não teve filhos deste casal. Enviúvando, tornou a casar, morrendo-lhe pouco depois o segundo marido, sem ter manifestado sintoma algum de lepra. Tem dois filhos, ambos, aparentemente, sãos, um em Bombaim e o outro em Pomburpá. Duração 12 anos. Começou, 10 anos depois do convívio com o primeiro marido, por manchas pelo corpo.

*Estado Actual*: Duas grandes manchas acrómicas, simétricas nas regiões malares e genais; a direita estende-se ainda, á região masseterina, terminando ao nível do bordo posterior do masseter por uma linha hipercrómica e sinuosa; a esquerda é telangiectasica, com finas arborisações vasculares e, contornando o bordo inferior do maxiliar inferior, perde-se sem limite nítido na região sub-maxiliar esquerda. Nariz fracamente infiltrado e lusidio. Mento fortemente hiperpigmentado. Uma mancha acrómica, $^2/_3$ cm. na escápula direita e uma outro do mesmo tipo, menor, 2 $^1/_2$ cm. na parte superior do deltoide do mesmo lado. Mancha acrómica $^8/_6$ cm. envolvendo o cotovelo direito, com centro hipercrómico, correspondente á apofise olecraniana. Mancha alongada, $^5/_3$ cm., acrómica, de bordos salientes, não hipercrómicos, no bordo anterior do ante-braço direito, prolongando-se á face anterior—esta é mancha seguida nesta face,

com um pequeno intervalo, por uma lepride acrómica $^{6}/_{2}$ cm. *Um placard* acrómico, de bordo irregulares e salientes, partindo da face posterior do braço esquerdo (ponto de reunião do terço superior com o médio), passando, depois de descer uns 2 cm., para a face externa e continuando, para baixo, ao longo da articulação húmero-radial até o grupo dos músculos supinadores. O comprimento deste *placard* é de 20. cm. Duas piqueninas manchas, numulares, acrómicas, na face anterior do ante-braço esquerdo, ao nível da terminação da grande zona acrómica atrás descrita. Mancha quadrilatera $^{2}/_{3}$ cm., acrómica, de pele enrugada e bordos salientes no trajecto da 9.ª costela direita, ao nível do ângulo inferior da omoplata. Extensas manchas, também, acrómicas ocupando os glútios e as faces posteriores das côxas. Úlceras simétricas, em via de cicatrisação, ao nível das tuberosidades esquiáticas e quási ao centro das manchas dos glútios. Mancha acrómica, de 4 c.m de largura e 25 c.m de comprimento, que começa na face externa da côxa direita (parte média) contorna, á medida que desce, a face anterior e interna e vem terminar á altura do condilo interno do fémur. Lesões tróficas pronunciadas nas extremidades: Mão direita—garra típica e total, reabsorção da última falange do terceiro, quarto e quinto dedos. Mão esquerda: garra mais intensa, com atrofia mais acentuada do quarto e quinto dedos. Grandes atrófias, em ambas as mãos, das eminências e dos interósseos, quási completamente desaparecidos. Pé direito—atrófias, sem mutilações de todos os dedos, exceptuando o polegar. O pé assenta-se no chão pelo rebôrdo externo e tem perdido os movimentos activos da articulação tibio-társica. Atrofia sensível do pedioso. Úlcera plantar, de fundo esbranquiçado e completamente insensível, na base do grosso dedo; onixis em todos os dedos. Pé esquerdo—atrofia do primeiro e terceiro dedos, com um curioso desvio para cima e para dentro; o quarto e o quinto em semi-extensão; o segundo e o terceiro quási reabsorvidos. Unhas bem conservadas.

*Sintomas nervosos:* Além das perturbações tróficas descritas tem as seguintes de sensibilidade—nos antebraços, nas mãos, nas pernas e nos pés—abolição completa das sensibilidades inclusivé da tactil. Nas manchas acrómicas conserva a tactil, estando abolidas a térmica e a dolorosa.

*Gânglios*—sem importância, podendo-se contar dois na virilha esquerda e três na direita.

*Aparelho genital*—não teve nem tem perturbações dignas de menção.

*Condições higiénico-sociais*: Pobre. Asilada.

## Obs. LV (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

H. D., de 43 anos, viúva, natural das Mercês (Ilhas).

*Antecedentes Familiares*: O cunhado e a cunhada com quem a doente convivia morreram, provavelmente, de lepra; o márido faleceu ha 4 anos no Asilo de Mapuçá de lepra evidente e avançada. Doente há 8 anos.

*Periodo de invasão*: Formigueiros constantes nos pés, febre vesperal e irregularidades do periodo menstrual que, segundo a doente, passou a durar 18 dias, por alguns meses; eritema no rôsto.

*Estado Actual:*—Manchas planas, acrómicas, nas regiões genais, extendendo-se para trás ás regiões masseterinas e limitadas á frente pela região do mento. Manchas acrómicas, de bordos levantados e pele ligeiramente enrugada, no dorso, nos braços e nas côxas: Uma na omoplata direita $^{2}/_{3}$ c.m; outra na esquerda $^{6}/_{8}$ c.m; duas ovalares, simetricas, quási do mesmo tamanho $^{1}/_{3}$ c.m nas regiões lombares; uma cirular na espádua direita, do diametro de 4 cm; uma outra que parte da face posterior do

braço direito ( parte média ) contorna o mesmo, e vem terminar na face externa, ao nível da inserção superior do longo supinador; grandes placards acrómicos nos glútios; mancha acrómica, quadrilátera, na parte média da face posterior da côxa direita; vê-se ainda mais uma na face interna ao mesmo nível; joelho direito, ocupado por uma vasta zona acrómica; pequenas manchas, circulares, quasi confluentes, na côxa esquerda. Grupo de grossos tubérculos, no bordo anterior do punho direito. Mãos infiltradas; dedos em fusos; indicador da mão esquerda com as últimas duas falanges reabsorvidas e a unha desviada; começo de garra no médio da mão esquerda; atrofias pronunciadas de todos os músculos das mãos. Infiltração do dorso de pés e dos dedos; o 3.º dedo do pé direito, tumefeito, violáceo, sem unha. Úlcera na parte média do rebôrdo anterior da planta direita.

*Sensibilidades*: Manchas do rôsto—a térmica abolida, a dolorosa aumentada e a tactil normal. Outras manchas—a dolorosa e a térmica abolidas, a tactil normal. Braços—a térmica abolida, a dolorosa e a tactil normais. Ante-braços ( face externa do direito e terço superior da mesma face do esquerdo )—abolição da térmica e da dolorosa, com conservação da tactil. Dois terços inferiores da face externa do ante-braço esquerdo—abolição completa de todas as sensibilidades. Dorso das mãos e dedos—idênticas perturbações. Dorso—aumento das sensibilidades térmica e dolorosa; tactil normal. Coxa direita: Face posterior—atenuação da dolorosa e da térmica; tactil normal. Face antero-externa—hipersensibilidade dolorosa; térmica e tactil normais. Côxa esquerda: Face antero-externa—idem. Faces antero-interna e posterior—abolição da térmica, atenuação da dolorosa e conservação da tactil. Pernas—abolição da térmica e da dolorosa; tactil normal. Pés—abolição total de todas as sensibilidades.

*Gânglios*: Um grosso gânglio na virilha direita.

*Condições higiénico-sociais*:—Pobre. Asilada.

## Obs. LVII ( *Alfredo Araujo* )

### Lepra nervosa

M. A. M., solteira, 23 anos de idade, irmã do doente da obs. XLVIII.

Manifestou-se a doença nos dois irmãos, quási ao mesmo tempo.

*Periodo de invasão*—manchas acrómicas no dorso.

*Estado Actual*: Grande mancha acrómica, de bordos eritematosos, circundando os seios. Uma outra do mesmo tipo, $^4/_6$ cm. no hipogástro. Duas laterais, simétricas, acrómicas, quási apagadas, nos flancos. Um grande *placard* acrómico, com o bordo superior infiltrado e eritematoso e os outros pouco nítidos, mal limitados, na região inter-escapular, extendendo-se á omoplata direita e à parte inferior da nuca. Atrofia dos músculos dos ante-braços, sobretudo dos grupos epitrocleanos e dos músculos das mãos, que se apresentam escavadas e em garras típicas. Atrofias dos pediosos e dos interósseos dos pés. Flexão forçada de todos os dedos, á excepção do grosso dedo, no pé direito. Flexão só do 4.º e 5.º dedos no esquerdo. Unhas bem conservadas nas mãos e nos pés.

*Sensibilidades*: Manchas—a dolorosa e a térmica atenuadas. Rebôrdo eritematoso das manchas—acentuação da térmica e da dolorosa. Faces externas dos braços e das côxas—atenuação da térmica. Ante-braços e mãos, pernas e pés—abolição da térmica e da dolorosa.

*Gânglios*—sem importância.

*Aparelho genital*—A menstruação começou aos 21 anos. E' normal em quantidade e duração. Intervalo—mez e meio.

Condições higiénico-sociais—Asilada. Pobre

## Obs. LVII (*Alfredo Araujo*)

### Lepra nervosa

L. M. F., 50 anos, solteira, natural de Saligão.

Não se apura a origem da doença. Duração : 18 anos.

*Periodo de invasão :* Formigueiros no pé esquerdo e nos dedos ; manchas acrómicas no rôsto ; febres vesperais ; irregularidades de menstruação, por um ano.

*Estado Actual* : Inoclusão das palpebras que no máximo esforço deixam entre si um espaço de 2 cm., devido á paralisia dos orbiculares. Manchas acrómicas em volta dos seios. Grandes lesões tróficas nas mãos e nos pés. Garras em ambas as mãos, com atrofias pronunciadas dos músculos das eminências e interóssios, tendo o polegar direito perdido o movimento de oposição aos outros dedos. Mão direita—dedo médio, infiltrado, em fuso, com a 3.ª falange, quási totalmente reabsorvida ; lesão ulcerosa, de fundo avermelhado e bordos espessados e violácios, com 6 cm. de comprimento e 2 cm. de largura ao longo do sulco inferior da palma, que partindo do espaço entre o indicador e o mèdio se dirige para o bordo cubital da mão. Mão esquerda—atrofia predominante da eminência tenar, queda da unha do dedo médio, infiltrado, duro e violácio ; cicatrizes de ruptura de bôlhas na base do polegar ; garra menos típica no 4.º e 5.º dedos ; curioso desvio da última falange do indicador, voltada para cima, sobre a segunda curvada para a palma. Duas cicatrizes circulares, de 1 cm. de diametro—uma na base do 5.º dedo e a outra na 1.ª articulação inter-falangiana do indicador; ambas na face dorsal. Tornozelos e pés infiltrados ; nos dorsos nota-se uma depressão, proveniente da atrofia dos pediosos. Perda dos movimentos activos de flexão. Pé direito— grosso dedo—reabsorção parcial da 2.ª falange ; 2.º dedo a ultima falange desviada de dentro para fóra e de cima para baixo ; os três últimos dedos *entassés* e desviados para fóra; úlcera de 2 mm. de profundeza, circular, de 1 cm. de diametro, na base do 5.º dedo ; uma outra, quási do mesmo tamanho e tipo, na base do 2.º dedo—ambas na face plantar. Pé esquerdo—todos os dedos infiltrados e em flexão forçada ; conserva só 4 dedos, tendo a doente amputado o mínimo, que estava ulcerado, sem nenhuma dôr ; cicatriz violácea na extremidade do 5.º metatarsiono ( face dorsal ) ; no rebôrdo anterior (parte média) da planta uma cicatriz deprimida de úlcera e uns 2 cm. para fora uma ulceração circular de 2 cm. de diametro.

*Sensibilidades :* Rôsto—a térmica atenuada, a dolorosa abolida. Pescoço—atenuadas a dolorosa e a térmica. Seios ( manchas )—abolidas a térmica e a dolorosa. Braços—a dolorosa atenuada e a térmica abolida. Antebraços e dorsos das mãos—abolidas a térmica e a dolorosa. Palmas—todas abolidas. Dorso e glútios—idem. Raízes das côxas—a dolorosa abolida ; térmica e táctil normais. Côxas e pernas—dolorosa abolida, térmica atenuada e táctil normal. Dorso dos pés e plantas—a dolorosa e a térmica completamente abolidas ; a táctil muito atenuada.

*Ganglios*—sem importância.

*Aparelhos genital*—Há quási 6 anos que tem hemorragias uterinas, periódicas de 6 em 6 meses. Tem 50 anos.

*Condições higiénico-sociais*—Pobre. Asilada.

## Obs. LVIII (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

M. A. F., de 55 anos, solteira, natural de Arabó (Perném).

Foi criada por uma tia de Oxel que era leprosa. A doença começou, proximamente há 40 anos, por manchas pigmentadas que, tempos depois, passaram a ser acrómicas.

*Estado Actual:* A um exame detido notam-se vagos vestígios de manchas acrómicas, no dorso. Nestes vestígios, todas as sensibilidades conservam-se normais, sómente, não pode a doente distinguir as pontas do compasso sem um afastamento de 2 $^1/_2$ a 3 c.$^m$; noutras regiões esta percepção faz-se a 1 a 2 c.$^m$ de afastamento; não existe nenhuma perturbação quanto ao tempo de percepção. Tem uma placa anestésica, circular, mas incidindo num tecido quási fibroso, ao nível do maléolo externo do tornozêlo esquerdo—esta placa foi encontrada, há 5 anos, pelo Prof. Melo, quando ensaiava o tratamento pelo ginocardato, no Asilo de Mapuçá.

*Exame bacteriológico*—Mucus nasal—negativo, ainda depois de administração, por alguns dias, de fortes doses de iodetos. *Frottis* biopsico da placa anestésica—negativo.

*Condições higiénico-sociais*—Pobre. Vive no Asilo há mais de 20 anos.

**N. B.**—*É um caso de lepra expontâneamente curado (cura aparente ou real) ou nunca foi lepra?*

## Obs. LIX (*J. Cabral*)

### Lepra mixta

M. R., solteiro, 25 anos, natural de Betalbatim, trabalhador.

Esteve em Sirodá, com o irmão nos últimos dois anos. O pai foi tuberculoso. Não se apura mais nada de interessante na história da família. Não se conhece a origem do contágio.

*História e Estado Actual*: Desde a mais tenra idade, apresentou sempre a pele ictiosica com descamação furfurácea; e, como diz o doente, igual afecção existe nos membros da sua família. A pele das plantas apresentava sempre no terral uma tendência a fundir-se; em 1922 quiz tratar-se deste mal, untando as plantas com gordura, observando-se desde então uma infiltração no dorso dos pés, que se foi alastrando pelas pernas, ao mesmo tempo que sentia uns ardores nas plantas e no corpo inteiro; em Junho de 1925 começou ter epistaxis mais ou menos freqúentes, sobrevindo em Agosto a infiltração no nariz, no mento e nas orelhas, onde se encontram alguns lepromas circunscritos, individualizados $^1/_2$ cm. ocupando o helix e o ante-helix. Pele ictiosica, com descamação lameliforme e furfurácea nas zonas correspondentes ás omoplatas. Um placard eritematoso $^6/_4$ cm. de bordos irregulares e contôrnos geográficos na região lombar. Pele ictisioca com descamação lameliforme na face externa dos braços e antebraços, não poupando o dorso das mãos, onde se nota além disso, hipotrofia e enrugamento.

Côxas ictiosicas, a direita apresentando na metade inferior 4 lepromas $^3/_3$ cm., situados na parte anterior e externa, e a esquerda com 3 pequenos lepromas eritomatosos, $^2/_2$ cm., um deles situado na face externa da articulação do joêlho. Pernas infiltradas, com pele ictiósica e descamada. Dorsos dos pés totalmente invadidos por uma infiltração difusa, apresentando além disso pequenos tubérculos, individualizados e não confluentes.

*Sensibilidades*: Hiperestesia nas orelhas, nariz, mento, face interna dos braços e ante-braços, metade superior da face externa do braço, dorsos e palmas das mãos, face externa da coxa direita, face interna da esquerda e plantas dos pés.

Anestesia dolorosa, térmica e tactil nos tuberculos das coxas e dos pés; na face externa da coxa e perna esquerda e na metade inferior da face externa dos braços. O resto normal. Nervos—Cubitais dolorosos e hipertrofiados.

*Condições higiênico-sociais* —Asilado. Pobre.

### Obs. LXI (*Alfredo Araujo*)

**Lepra mixta**

P. S. N., casado, natural de Mapuçá, de 30 anos.

Não tem lepra nos ascendentes. Não se apura o contágio.

*Periodo de invasão* : Formigueiros constantes nos pés, seguidos de infiltração das orelhas.

*Estado Actual :* Infiltração maculosa, cúprica, no rôsto; dois pequenos tuberculos, recentes, no meio da testa; grupo de tuberculos miliares na ponta do nariz; infiltração intensa, com tuberculos, alguns dos quais em via de regressão, nas orelhas cujos helix se apresentam recortados, por retracções cicatriciais. Os terços inferiores dos ante-braços e os dorsos das mãos infiltrados e descamantes. Dois grossos tuberculos no punho direito; tuberculos confluentes nos cotovelos. Máculas hipercrómicas de bordos levantados e contornos geograficos, umas confluentes, outras isoladas, na nuca e na parte superior do espaço inter-escapular. Leprides papulosas no dorso e nos flancos, algumas agrupadas, e outras individualisadas, Mancha hipercrómica, quadrilátera $^{4}/_{3}$ c.m no flanco esquerdo. Lepromas *en nappe* nos glútios, onde se notam tubérculos isolados. Descamação furfurácea nas pernas e no dorso dos pés, infiltrados. Infiltração lepromatosa na base de todos os dedos e em especial na dos grossos.

*Sintomas nervosos* :—Cubital esquerdo, infiltrado, sem nodosidades. Sensibilidades : *Rôsto*—dolorosa atenuada. Omoplatas, espaço inter-escapular e região lombar direita—térmica abolida. Braço direito (exceptuando a região deltoídia), $^{1}/_{3}$ inferior do ante-braço direito (face externa) braço esquerdo e palma da mão esquerda—idem Côxas—atenuada a térmica. Perna direita ($^{2}/_{3}$ superiores) e dorso do pé direito—térmica e dolorosa abolidas. Terço inferior da perna direita, perna esquerda, dorso do pé esquerdo e plantas—abolida a térmica.

*Gânglios*—dois grossos e empastados na virilha esquerda; na direita—dois outros pequenos e móveis.

*Testículos*—com nodosidades palpáveis de volume normal.

*Condições higiênico-sociais :* E' tratado por injecções bi-semanais de etil—esteres no Instituto Bacteriologico. Vive apartado da família, porém, na mesma casa. Remediado.

## ALDEIA DE ASSAGÃO

### Obs. LXII (*Alfredo Araujo*)

**Lepra nervosa**

A. F. F., de 50 anos, viúva, natural de Assagão.

*Antecedentes hereditários e familiares*—A mãe que era de Verém morreu há uns 20 anos de lepra. E' de presumir que a filha adquirisse a doença á mãe pelas visitas freqúentes que lhe fazia—Doente há 8 a 10 anos.

Tem três filhos, todos leprosos.

*Periodo de invasão*—Como único sintoma pôde-se apurar coriza crónico. Irrita-se facilmente, não se prestando a dar quaesquer esclarecimentos.

*Estado Actual*: Rarefacção das sobrancêlhas, blefarite ciliar, com queda parcial das pestanas Nariz deprimido *en lorgnette*, com desvio do lóbulo para a esquerda, donde o aumento aparente da narina direita. Pequena infiltração, com tuberculos sub-dérmicos, palpáveis, na orelha direita. *Placard* hipercrómico $^1/_3$ cm. na região lombar.

Mão direita—grandes atrofias dos músculos da mão, sobretudo do primeiro interósseo. Reabsorção das duas últimas falanges de todos os dedos. Dedo mínimo em garra. Mão esquerda—garra pronunciada de todos os dedos. Atrofias musculares menos acentuadas do que na direita. Uma úlcera ovalar $^2/_3$ cm., de fundo indolôr, na base da região palmar média. Infiltração dos pés que teem a pele hipotrófica; dedos atrofiados, com desvios em várias direcções; começo de ulcera plantar na base do 3.º dêdo direito.

*Sensibilidades*; Rosto—hipersensibilidade dolorosa e térmica *Placard* do dorso— atenuação da dolorosa e da térmica. Dois terços inferiores dos ante-braços, palmas e pernas—abolição da térmica e da dolorosa. Pés--abolidas todas as sensibilidades.

*Condições higiénico-sociais*—Pobre. Vive numa casa miserável, sem nenhuma higiene, situada num bairro populoso, em companhia dos tres filhos leprosos que divagam livremente, pela aldeia, enquanto a mãe anda pouco, limitando-se ao bairro.

## Obs. LXII (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

R. F., 25 anos, solteiro, filho da antecedente.

Ainda no início da doença, na fase transicional de lepra maculosa para mixta.

*Estado Actual:* Duas manchas simétricas nas regiões masseterinas, sendo maior a do lado direito. Grande *placard* acrómico, extendendo-se da coluna vertebral para a parte média do braço esquerdo e tendo no centro uma granda zona hipercrómica, correspondente á omoplata esquerda. Várias manchas acrómicas, dispersas pela região lombar, glútios e côxas. Dois pequenos tubérculos numa mancha da região lombar direita.

*Sintomas nervosos*: O cubital direito infiltrado e hipersensível. As sensibilidades dolorosa e térmica atenuadas em todas as manchas acromicas, acentuando-se a atenuação na zona hiperpigmentada do *placard* do dorso.

*Gânglios*—sem importância.

*Testiculos*—sãos.

**N. B.**—*Não foi possivel fazer um exame mais minucioso nêste doente e nos seus dois irmãos que seguem, não obstante todos os meios suasórios empregados para êsse fim.*

## Obs. LXIII (*Alfredo Araujo*)

### Lepra nervosa

V. F. de 20 anos, solteiro, irmão da precedente.

Doente há 5 a 6 anos.

*Estado Actual*—atrofias dos pavilhões das orelhas; manchas acrómicas nos malares e nas arcadas supraciliares; finas manchas pigmentadas, umas punctiformes, outras estreladas, disseminadas pelo dorso. Infiltração e paquidermia nos membros superiores e inferiores, especialmente nos cotovêlos e nos joelhos. Atrofias dos músculos das mãos; garra em todos os dedos, exceptuando o polegar, da mão direita. Garra no 4.º e 5.º dedos e eliminação da 3.ª falange do dedo médio da mão esquerda. Úlceras simétricas nas tuberosidades anteriores das tibias. Atrofias dos artelhos. Úlcera plantar na base do 2.º dedo e sulco eliminatório na base do 5.º dedo do pé direito. Polegar esquerdo, em via de eliminação, com um profundo sulco que o contorna por completo.

## Obs. LXIV (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

M. F., de 16 anos, irmão do procedente.

Doente há 4 a 5 anos.

*Estado Actual*: Aspecto geral miserável. Ainda impúbere. Leprides hiperpigmentadas, de centro acrómico nos malares. Infiltração dos pavilhões das orelhas que apresentam pequenos tuberculos; manchas hipercrómicas nas faces internas das côxas; infiltração dos lábios, véu do palato, pavimento da bôca e dos bordos da lingua, onde se veem pequenas manchas hipercrómicas, violáceas. Leprides eritemotosas extensas, alternando com grandes zonas de pele ictiósica nos membros, glútios e região lombar. Atrofias musculares nas mãos. Infiltração dos pés.

## Obs. LXVI (*Alfredo Araujo*)

### Lepra nervosa

F..., solteira, de 30 a 35 anos, de Assagão (bairro Badém).

Não se pôde apurar a origem da doença, nem foi possivel proceder a um exame detido da doente por causa de insuperáveis obstáculos levantados pela família.

*Estado Actual*--Fácies sem expressão, tendo perdido todo o jôgo fisionomico (mascara antonina). Estado geral miserável, profunda anémia. Emaciação extrema, com grandes atrófias musculares, predominando no lado direito do corpo. Mão direita em garra intensa, dedos completamente voltados para a face palmar; músculos quási desaparecidos. Na mão esquerda existem as mesmas lesões, mas menos acentuadas. O pé direito, edemaciado e tumefeito, constrando com a emaciação da perna e da côxa do mesmo lado, tem perdido os movimentos de flexão e no rebordo externo da planta, na base do dedo mínimo, apresenta uma pequena úlcera. eabsorcão, mais ou menos pronunciada de todos os artêlhos; os 4 últimos do pé esquerdo, desviados para fóra, *en coup de vent*. Uma grande superfície acrómica na região para—ombilical.

*Condições higiénico-sociais*: Mora com a mãe, uma irmã solteira e um sobrinho de 6 a 8 anos, numa casa com regular higiéne e conforto. Não sai por impossibilitada, mas é visitada pela numerosa visinhança da sua casa que fica num bairro povoado.

## ALDEIA DE ARPORÁ

### Obs. LXVI (*Alfredo Araujo*)

**Lepra nervosa**

G. F., de 45 anos, viúva.

Não sabe onde teria adquirido a lepra, nem se recorda ou não quere dizer os sintomas do início.

*Estado Actual*:—Grandes lesões mutilantes nas extremidades, não se notando nada digno de menção nas restantes regiões. Mão esquerda—mutilação de todos os dedos, com a conservação apenas da primeira falange. Mão direita—única falange no polegar e no mínimo, outro dedos com duas falanges. Úlcera indolor, sangrando á minima pressão ou picada, na face dorsal do dêdo médio. Atrofias dos músculos das mãos. Pé direito--atrófia dos três últimos dêdos, por reabsorção, com onixis. Pé esquerdo--deformação dos artêlhos, todos atrofiados; desvio do 1.º para fóra e cavalgamento dos dois últimos sobre o 2.º e o 3.º Unhas bem conservadas. Atrofias dos pediosos.

*Gânglios*: Nada de de importante.

*Aparelho genital*: Nada digno de menção.

*Sintomas nervosos*: Cubitais normais. Sensibilidades—a térmica e dolorosa normais nos braços e nas côxas, estando abolidas nos ante-bracos e nas pernas. Nas mãos e nos pés está abolida a tactil.

*Condições higiénico-sociaes*: Vive sósinha numa casa pequena, mas asseiada, num bairro muito populoso. Só de noite recolhe à casa, passansando o dia inteiro, a contar as suas desditas, nas casas visinhas que a suportam por caridade. Remediada.

## ALDEIA DE CALANGUTE

### Obs. LXVII (*Alfredo Araujo*)

**Lepra lazarina**

D. A. R., 53 anos, casado.

Nada de importante nos antecedentes heriditários, familiares ou pessoaes. Doente há 19 anos, tendo adquirido o mal na Africa Oriental Inglêsa onde era lavandeiro.

*Perturbações do Periodo de Invasão*: Coriza e epistaxis, cefalalgia e febres vesperais, por dois meses. Lesão inicial: Bolhas (pênfigo leproso?) nos cotovêlos.

*Estado Actual*:—Fraca infiltração da testa com numerosos e grossos tuberculos, encimados de bolhas. Rarefacção das sobrancêlhas, com conservação total da barba; lesões do tipo descrito na testa, nos malares, notando-se um grande tubérculo com uma bôlha de centro deprimido no malar direito. Orelhas infiltradas sem lesões individualisadas. Extensas leprides acobreadas (máculo-tuberculosas) nas espáduas, $^{10}/_{8}$ cm. Lesões secundárias de dermatite descamente no tronco. Membro superior direito—grande superfície infiltrada, com lesões penfigoides, ao longo das faces externas do braço e do ante-braço, apresentando este última leprides papuloides; a infiltração toma maior desenvolvimento no dorso da mão e nos dedos que teem numerosos tubérculos sub-dérmicos nas articulações metacarpo-falângianas e inter-falângianas. Goma ulcerada, coberta

duma crôsta amarelada no cotovêlo (apofise olecraniana). Uma pequena úlcera ovalar, de fundo vermelho no bordo cubital da mão (parte média). Membro superior esquerdo—grossos tubérculos sub-dérmicos, distribuidos em dois grupos na parte externa da prega do cotovêlo. Inúmeros tubérculos confluentes, subdérmicos ou superficiais, ulcerados, na face antero-externa do ante-braço. Gomas ulceradas com fundo sanioso e bordos avermelhados—uma no bordo cubital e duas no dôrso da mão. Dedos com lesões idênticas aos doutra mão. Extensa infiltração lepromatosa, com penfigo, no glútio direito e na região lombar correspondente; no glútio direito as mesmas lesões, notando-se a mais tubérculos ulcerados. Leprides penfigoides nas côxas. Gomas confluentes, violâcias, nos joelhos, sobretudo no direlto, sendo esta a lesão dominante nas pernas—umas ulceradas, outras cobertas de crôstas. Estas lesões continuam pelos dorsos dos pés, tumefeitos e violácios. Duas úlceras plantares, uma na base de segundo dedo do pé esquerdo e outra na do terceiro do pé esquerdo. Plantas descamantes e hiperqueratósicas.

*Sensibilidades*: As leprides das espáduas e todas as outras do mesmo tipo são hipersensiveis à dor e ao calor. Além desta não se encontra perturbação alguma digna de nota.

## Obs LXVIII (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

S. R. 18 a 20 anos, filho do precedente.

*Antecedentes hereditários e familiares*—pae lèproso, parcialmente segregado.

*Periodo de invasão*:—A doença começou há 3 anos por manchas no abdómen.

*Estado Actual*:—Finas manchas acrómicas nas regiões masseterinas e no pescoço. Numerosas manchas acrómicas, alternando com zonas hipercrómicas e formando um vasto *placard*, limitado acima por uma linha transversal passando pelos ângulos inferiores das omaplatas e extendendo-se por baixo até á região lombar. Outro *placard* do mesmo tipo na parte anterior do tronco, partindo duma linha por baixo dos mamilos até outra passada pelo umbigo. Lesão eczematosa no glútio direito Mancha acrómica na região deltoídia esquerda.

*Sintomas nervosos*: Cubital esquerdo hipersensivel e monoliforme; uma ansa nervosa saliente no lado direito do pescoço. Sensibilidades—a térmica e a dolorosa aumentadas nas zonas hiperpigmentadas. A térmica atenuada e a dolorosa abolida na regão deltoídia esquerda.

*Condições higiénico-sociaes*—Mora com a mãe e uma irmã, ambas atacadas de lepra frusta, numa mesma casa, vivendo, isolado, num compartimento desta o pai.

## Obs. LXIX (*J. Cabral*)

### Lepra nervosa

B. F., sexo feminino, da idade de 31 anos, casada, natural de Calangute, doente desde há 7 anos.

*Estado Actual*—Infiltração difusa eritematosa no nariz; infiltração eritematosa com arborizacões telangiectásicas nas regiões genais e no mento (tipo caparrosa); anidrose nas regiões citadas. Manchas acrómicas de tamanhos variados, em média $^4/_3$ cm. na nuca, nas regiões supra-espinhosas e face externa dos braços. Ulcera neurotrófica na face posterior do calcanhar direito. Sensibilidades dolorosa e térmica diminuidas na face exter-

nas dos braços, ante-braços, pernas, nos dorsos das mãos e dos pés.

*Sensibilidade :* Atenuadas ao nível das lesões do rôsto.

*Exames bacteriológico* : Mucus nasal—Positivo.

*Condições higiénico-sociais :* Mora em casa higiénica, com um irmão atacado de lepra frusta. Remediada.

## ALDEIA DE CANDOLIM (ORDÁ)

### Obs LXX ( *Alfredo Araujo* )

**Lepra mixta**

J. B. M., 19 anos, solteiro.

*Antecedentes hereditários e familiares*—A mãe faleceu há 8 anos de lepra, tendo convivido, leprosa, por 3 anos com o marido e com os filhos. Tem uma irmã leprosa, descrita na observação seguinte e o pai atacado de lepra frusta. Doente há 3 anos.

*Estado Actual* : Quéda das sobrancêlhas e das pestanas na extremidade externa ; infiltração lepromatosa, com tubérculos confluentes, de todos os tamanhos, no nariz, nos lábios e nos malares. Uma lepride, com grossos tubérculos agrupados, tomando o aspecto duma lesão verrucosa, no mento. Grande mácula acrómica de bordos irregulares e planos, no epigástro ; duas menores do mesmo tipo—uma no flanco direito e outra no epigástro. Extensa infiltração eritematosa, com hipotrofia e enrugamento da pele nas regiões glútias e nas limitantes—lombar e raizes das coxas. Intensa infiltração tuberculosa nos membros superiores, desenvolvendo-se, progressivamente, até atingir o seu máximo nas mãos e nos dedos (em fusos) e não poupando as palmas que se apresentam pontuadas de finas máculas acobreadas. Alguns dedos em garra e quási todos com onixis e peri-onixis. Pequenas lesões ulcerosas, em via de cicatrisação, na 2.ª falange da index direito ( face dorsal ). Extensa mácula cúprica, quási curada, ocupando o terço médio da face antero-externa da coxa esquerda e, logo por baixo desta lepride, uma outra tuberculosa, com zonas em vários estadios de evolução ( desde os tuberculos miliares até os grossos cicatriciais ). Grossos tubérculos, agrupados, nos joelhos. Na côxa esquerda, menos afectada que a direita, encontram-se, apenas, pequenas léprides tuberculosas na parte superior da face antero-externa. Eritema nas pernas, sendo o lusidio típico mais intenso do terço médio para baixo. Pés paquidermicos, atingindo a infiltração ainda as plantas onde se notam, máculas idênticas ás das palmas e, no rebôrdo externo do pé esquerdo, uma cicatriz de úlcera perfurante.

*Sensibilidades* : Nariz, lábio superior, malares e orelhas—a térmica e a dolorosa abolidas. Lábio inferior e mento— a térmica e a dolorosa atenuadas. Pescoço e dorso—hipersensibilidade dolorosa. Membro superior direito—Faces externas do braço e ante-braço—abolição da térmica e da dolorosa. Faces internas—hipersensibilidade dolorosa. Palma—atenuação da dolorosa. Membro superior esquerdo: Face externa do braço—forte hipersensibilidade dolorosa, aumento ligeiro da térmica. Bordo radial e dois terços inferiores do ante-braço—abolição da térmica e atenuação da dolorosa. Membro inferior direito. Côxa—hipersensibilidade dolorosa. Perna ( terço superior )—atenuação da térmica e da dolorosa. Dois terços inferiores, dorso do pé e planta—abolição da térmica e da dolorosa Membro inferior esquerdo—Côxa ( face antero-externa )—hipersensibilidade dolorosa e hipo térmica. Côxa ( face antero interna )—forte acentuação da dolorosa. Perna ( terço superior )—aumento da dolorosa e abolição da térmica. Perna ( dois terços inferiores ), dorso do pé e planta—abolição da térmica e da dolorosa.

*Gânglios*—enfartados e palpáveis, nas virilhas.

*Aparelho genital*—são.

*Condições higiênico-sociais*—Vive com o pae (lepra frusta) e duas irmãs, uma das quaes leprosa, objecto da obs. seguinte, numa casa, não isolada de outras, com sofrível higiene. Os dois irmãos são tratados no Instituto e vivem em comisturação com a familia, apesar de advertidos. Remediados.

## Obs LXXI (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

M. A. M., 20 anos, solteira, irmã do precedente.

A doença começou há um ano por bôlhas na face antero-externa do ante-braço direito. Estas bôlhas generalisaram-se, em seguida, aparecendo em várias regiões.

*Estado Actual*—Tubérculos miliares, disseminados pela testa, malares e azas do nariz. Leprides eritematosas nos sulcos naso-genais, mento e malares que apresentam, também, finas cicatrizes cúpricas. Infiltracão tuberculosa, com elementos mal isolados, no hélix e no lóbulo da orelha esquerda. Infiltração tuberculosa difusa no dorso. Manchas acrómicas nas faces e nas regiões maxilares inferiores. Placas de *pitiriasis vesicolore* no pescoço. Membro superior direiro—infiltração tuberculosa na faces externas do braço e do ante-braço, sendo mais intensa neste último onde se notam leprides hiperpigmentadas, umas planas, outras enrugadas e algumas de centro acrómico, variando de tamanho entre uma lentilha e uma placa de 4 cm., todas lusidias; esta infiltração invade com a mesma intensidade o dorso das mãos e os dedos; mancha hipercrómica ovalar $^{1}/_{3}$ cm., com raros e finas tubérculos na região epitrocleana. Membro superior esquerdo— lesões idênticas ao doutro lado. Infiltração muito ligeira no ante-braço, sendo a lesão dominante cicatrizes de tamanhos e configurações diversas, isoladas nos dois terços superiores e confluentes no terço inferior e no punho; finas manchas hiperpigmentadas no bordo cubital da mão e nas faces palmares dos dedos; manchas do mesmo tipo, maiores—uma de $^{2}/_{3}$ cm. na eminência tenar, duas outras $^{1}/_{2}$ cm. na eminência hipotenar e ainda mais uma circular de 1 cm. de diametro na base do indicador. Placas de eritema difuso por toda a superfície dos membros. Lesões cicatriciais no joêlho direito, no têrço inferior da côxa direita e nos tornozêlos. Joelho direito—cicatriz estrelada, alongada $^{6}/_{3}$ cm. na parte média da rótula; duas circulares na base da rótula e uma crôsta amarelada, cobrindo uma ulceração ao nível do ângulo da inferior da rótula. Têrço inferior da côxa—lesões do mesmo tipo, de configuração nitidamente circular. Infiltração com paquidermite no joelho esquerdo. Mancha acrómica, saliente, com centro deprimido, violácio e com raros e finos tubérculos na face posterior da perna direita (parte média). Grandes lesões cicatriciais nos tornozêlos (faces anteriores), sendo mais acentuada e com tubérculos, em volta, finos e francamente isolados, a do lado direito. Grande infiltração dos pés que tem uma coloração asfíxica. Úicera plantar em via de cicatrisação, na base do 5.º dedo do pé direito.

*Aparelho genital*—nada de importante.

*Sensibilidades:* Pescoço—hipersensibilidade dolorosa. Ante-braços--abolição da térmica e atenuação da dolorosa. Manchas pigmentadas das mãos—térmica e dolorosa abolidas. Abdómen e dorso—dolorosa aumentada. Dorso do pé direito—abolição da térmica, com atenução da dolorosa. Lesões cicatriciais—atenuação da térmica. Úlcera plantar—abolidas a térmica e a dolorosa.

## Obs. LXXII (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

G. natural da Neurá e residente em Sinquerim (Linhares), da idade de 12 anos.

Doente desde há um ano e meio.

*Antecedentes hereditários e familiares*—O pae morreu leproso, não tendo sido possivel averiguar onde tivesse adquirido a doença. Tem um irmão leproso descrito na Obs. seguinte.

*Estado Actual*—Infiltração difusa no rôsto com tubérculos individualisados nos pavilhões das orelhas, cujos bordos se apresentam recortados. Infiltração *en nappe*, de côr acobreada, nas regiões genais. Tuberculos miliares no mento. Manchas ardosiadas hipercrómicas na região inter—escapular; infiltração na região lombar (lusidia) invadindo os glútios onde se encontram raros tubérculos isolados; infiltração difusa com hipotrofia e enrugamento nas faces externas dos braços, ante-braços e dorsos das mãos, tornando-se tubérculoide nos cotovêlos. Infiltração com lusidio, nas côxas, acentuando-se na superficie extensora dos joelhos, onde a pele toma um aspecto liquenoide.

*Aparelho genital*—São.

*Gânglios*—hipertrofiados na virilha esquerda.

*Sintomas nervosos:* Cubital esquerdo hipertrofiado e nodoso. Sensibilidades—anestesia dolorosa e térmica nas orelhas; hiperestesia nas palmas, plantas, regiões inter-escapular e lombar. Sensibilidade dolorosa diminuida na face externa dos braços, ante-braços e pernas.

*Condições higiénico-sociais*—Os dois irmãos leprosos e a mãe, moram numa barraca anti-higiénica, situada num ponto relativamente isolado. São ambos tratados no Instituto Bacteriológico. Pobres.

## Obs. LXXIII (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

A. 14 anos irmão do precedente.

Doente há um ano e meio.

*Estado Actual*—Infiltração difusa no rôsto; pavilhões das orelhas recortados; infiltração *en nappe* com ligeiras elevações papulosas nas regiões genais e no mento. Infiltração difusa com hipotrofia da pele nas regiões lombar e glútias, onde se encontram pequenas elevações tuberculoides. Infiltração dos braços, com acentuação nos cotovêlos. Pequena retração tendinosa dos dedos mínimos. Eczematide superficial furfurácea nas faces externas das côxas. Liquenificação da superfície extensora dos joêlhos. Impúbere.

*Ganglios*—sem importância.

*Sensibilidades*—Hiperestesia nas palmas, plantas, região inter-escapular, face interna do braço direito e lombos. Anestesia dolorosa e térmica nas orelhas. Diminuição das sensibilidades no rôsto.

ALDEIA DE VERÈM

## Obs. LXXIV (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

S. R 15 anos.

Não tem lepra na familia.

Vive desde criança num fôco de lepra. Doente há 4 a 6 anos.

*Periodo de invasão*—Uma erupção, á maneira de herpes, no glútio esquerdo, numa superfície insensivel de 4 a 6 cm.². Cicatrisando-se esta lesão inicial teve uma infiltração tuberculosa no rôsto e nos ante-braços.

*Estado Actual*—Intensa coloração cúprico-escura do rosto. Quéda total das sobrancêlhas. Extensas leprides tuberculosas nos malares. Nariz-infiltrado, com o lóbulo desviado para cima e para fóra. Tubérculos confluentes em favo de abelhas no mento. Orelhas com inúmeros tubérculos, alguns dos quais ulcerados e outros com crôstas. Manchas acrómicas, extensas e apagadas, no dorso. Extensa infiltração lepromatosa nos membros superiores, mais intensa nas faces externas dos ante-braços e das mãos. Mão direíta — mínimo com esbôço de garra. Palmas tensas e lusidias. Tórax e abdómen, com lesões idênticas ás do dorso. Região lombar, glútios e dois terços superiores das faces posterires das côxas com forte infiltração lepromatosa e grossos tubérculos, bem individualisados, alguns ulcerados e outros com grossas crôstas amareladas. Pernas e pés bastante infiltrados; dorsos dos pés violácios. Unhas bem conservadas. Aspecto geral—emaciado, mal desenvolvido. È impúbere ainda.

*Gânglios*—Em pleiade nas virilhas.

*Sensibilidades*—Abolição da térmica e da dolorosa no rôsto, faces externas dos ante-braços, mãos, pernas e pés. As manchas do tronco teem perdido a sensibilidade térmica.

*Condições higiénico-sociais*: Pobre. Vive com a mãe, numa casa com sofrível higiéne, situada num bairro muito povoado. Não sai de casa.

## Obs. LXXV (*Alfredo Araujo*)

### Lepra tuberculosa

A. F de 40 a 45 anos, solteiro.

O doente não se dispõe a prestar quaisquer esclarecimentos sobre a sua doença. Pôde-se apurar, apenas, que se tinha submetido ao tratamento dum curandeiro de Britona, donde voltou melhorado.

*Estado Actual*—Hiperpigmentação, com hiperestesia no rosto, em especial, no nariz e nos malares. Infiltração tuberculosa, pronunciada, sem tubérculos isolados, nas orelhas.

*Exame bacteriológico*—Mucus nasal: Positivo.

*Condições higiénico-sociais*—Não tem casa própria. Mora na família dum pescador, a quem auxilia nos seus trabalhos.

## Obs. LXXVI ( *Alfredo Araujo* )

### Lepra nervosa

N. M., de 50 anos, casado, carpinteiro.

Não teve lepra nos ascendentes. Lembra-se de ter tido dois leprosos, por companheiros de trabalho, em Mormugão, há uns 20 anos. Viveu e vive num meio leproso. Doente há 8 a 10 anos.

*Estado Actual*: Quéda total das sobrancêlhas e das pestanas e parcial da barba. Leprides máculo-tuberculosas nos malares. Raros tubérculos e finas cicatrizes nos pavilhões das orelhas. *Placard* hiperpigmentado com raras zonas acrómicas, envolvendo, por completo, o pescoço. Eczematides no tórax, cujas paredes laterais apresentam numerosas manchas numulares, hipercrómicas. Mão direita—dedo mínimo em garra pronunciada; os outros com retracções tendinosas apenas esboçadas. Mão esquerda—grandes mutilações em quási todos os dedos; polegar tendo perdido a segunda falange; reabsorção das segundas e terceiras falanges no médio e no anular; mínimo em garra. Côxas e pernas lusídias, eritematosas. Grande enrugamento da pele dos joelhos. Pés fortemente infiltrados e escuros; úlcera na base do polegar direito (planta).

*Gânglios*—em pleiade nas virilhas.

*Aparêlho genital*—orquite e grossos nódulos em ambos os testículos.

*Condições higiénico-sociais*: Vive com a mulher numa casa imunda, num bairro populoso e ainda mais imundo. Sustenta-se do seu trabalho. E' carpinteiro e tem numerosa freguesia.

## Obs. LXXVII ( *Alfredo Araujo* )

### Lepra nervosa

P. L., de 50 anos, solteiro.

Por causa das múltiplas eventualidades de contágio, a que a sua vida de vagabundo, num fóco de lepra, o obriga a expôr-se e á falta de informações precisas, não se pode filiar, ao certo, a origem da sua doença. Porém é de presumir que seja um caso autoctone, podendo-se, fácilmente, pôr de parte a hipótese de que tenha adquirido o mal ao sôgro que era de Calangute e leproso avançado, mas cuja casa este doente pouco freqùentava.

Não se pôde colher dados precisos sôbre o período de invasão, nem sôbre a duração da doença. Duração provável 4 a 5 anos.

*Estado Actual*—Infiltração ligeira da testa, com finos tubérculos nas arcadas. Quèda das sobrancêlhas. Leprides tuberculosas, com alguns tubérculos isolados e dentre êles um e outro ulcerado, nos malares. Abundantes e grossos tubérculos nos pavilhões das orelhas. Infiltração dos membros superiores e inferiores, hiperpigmentação do dorso das mãos e descamação das pernas.

*Condições higiénico-sociais*: Vagabundo e alcoolico inveterado mora num quarto sórdido, o único conservado, da sua fidalga casa, hoje completamente arruinada, contígua ao edifício da escola primária. Vive sózinho e sustenta-se de esmolas. E', por todos os títulos, um autêntico perigo social.

**N. B.**—*Na aldeia de Verêm formaram-se dois fócos de lepra. O primeiro no bairro Sonarbata teve por origem um caso de lepra vindo de Bombaim em 1886, tendo falecido o individuo atacado em 1893. Es-*

*te doente contagiou um seu filho, que morreu seis anos depois do pae, e um visinho, indú, marinheiro, que morreu em 1904 e deixa numerosa familia que não pôde ser examinada. O primeiro doente tem ainda um filho em Bombaim e uma filha casada em Nerul que não fôram inspecionados.*

*Ao mesmo bairro voltou de Bombaim em data que não pudemos apurar um leproso que teria contagiado, provavelmente, dois hindús, um aos quais faleceu em Verém, vivendo o outro, sem paradeiro certo, na India Inglesa, e uma mulher da casta de* farazes *que faleceu no Asilo de Mapuçá tendo contaminado, antes disso, a sua filha casada em Assagão (obs LXII) e que por seu turno deu lepra aos seus três filhos (obs LXIII, LXIV, LXV).*

*O segundo fóco de Verém fica no bairro Ambeahande, á pequena distância do primeiro.*

*O primeiro caso ocorreu, há 12 anos, em um indú que nunca saiu de Gôa, não se podendo filiar ao certo a origem da sua doença que, talvez, tenha sido adquirida a algum doente do fóco anterior. Dois anos depois, um tio deste individuo mostrou sinais de lepra e vive, ao presente, em ponto incerto da India Inglesa, sustentando-se de esmolas.*

*Actualmente, no primeiro fóco, existem os doentes das Obs. LXXV e LXXVI e no segundo os doentes LXXIII e LXXIV. Deve-se notar que o doente da Obs. LXXIV tendo primativamente a sua residência no primeiro fóco, passou a morar numa familia com domicilio no segundo fóco, depois de ter apresentando sinais evidentes de lepra.*

*Estas informações devemo-las á gentileza do Sr. Ricardo Micael Teles a quem consignamos aqui os nossos agradecimentos.*

## CONCELHO DAS ILHAS

## ALDEIA DE SANTA BÁRBARA

### Obs. LXXVIII (*Alfredo Araujo*)

**Lepra tuberculosa**

B. G. de 50 anos, casado, agricultor.

Doente há 10 a 12 anos proximamente.

*Estado Actual*—Tem a aparência dum homem vigoroso, embora mutilado. Rarefacção das sobrancêlhas e da barba. Pequena infiltração das orelhas. Leprides hiperpigmentadas, ovalares $^3/_2$ a $^2/_1$ cm., de centro acrómico, no flanco direito. Finas manchas acrómicas, disseminadas pelo abdómen. Ulcerações de *grattage* na omoplata esquerda. Membro superior direito—pequenas cicatrizes lusidias e enrugadas, outras lisas, todas não escavadas, de mistura com grande cicatrizes de queimadura no cotovêlo. Mancha hipercrómica na face dorsal do punho, extendendo-se um pouco pelo dorso da mão. Mão escavada, com desaparecimento do relevo das eminencias musculares; dedo mínimo reabsorvido, conservando apenas um pequeno pedaço da primeira falange. Anular com a última falange reabsorvida, sendo a primeira hiperplástica; médio com a terceira falange com uma nodosidade dura, de consistencia óssea; indicador com a falanginha parcialmente reabsorvida, recurvada para a palma; polegar com única falange; onixis nos dedos que conservam unhas. Membro superior esquerdo —pequenas cicatrizes untuosas na face externa do braço; hiperpigmentação do dorso da mão; depressão dos espaços interósseos. Dedos com mutilações—polegar só com uma falange; indicador tendo perdido completamente a última e com a segunda quási reabsorvida e desviada para dentro; médio só com duas falanges, a 2.ª hiperplástica; anular e mínimo, também, com duas falanges, a segunda voltada para a palma e com pequenas manchas hiperpigmentadas na extremidade. Membro

inferior direito—cicatrizes lusidias, pequenas e ovalares, na face externa da côxa, cujo terço inferior tem a pele hipotrófica; cicatrizes hiperpigmentadas, infiltradas, confluentes em volta do joelho; infiltração violácia e paquidérmica, com finas manchas acrómicas na perna; bôlhas de penfigo no maleolo externo, pé reduzido a côto (queda de todos os dedos, exceptuando o polegar) com o dorso fortemente infiltrado e apresentando uma cicatriz linear, 4 a 5 cm., transversal, ao nível da inserção inferior do tibial anterior; úlcera plantar no rebôrdo externo do pé.

Membro inferior esquerdo—cicatrizes idênticas ás da côxa direita na parte média da esquerda (face externa); cicatriz acrómica, hiperpigmentada, logo por cima da região poplítia; lesão gomosa ulcerada, na parte superior da perna (face anterior); pé intensamente infiltrado, os dois últimos dedos completamente reabsorvidos; polegar reduzído a uma falange, e com uma úlcera plantar purulenta na base; uma ontra na parte média do rebordo externo, de fundo avermelhado.

*Nervos*: sem importância.

*Gânglios*: idem.

*Sensibilidades*: Braços e ante-braços—atenuação da térmica. Mãos—abolição da térmica. Coxa e perna direitas (faces antero-externas)—atenuação da térmica e da dolorosa; faces postero-internas—atenuação da dolorosa, com abolição da térmica. Dorso do pé—abolição da térmica e da dolorosa. Coxa e perna esquerdas (faces antero-externas)—atenuação da térmica; faces postero-internas e dorso do pé—abolição da térmica. Fundo das úlceras plantares de ambos os pés—abolição da térmica e da dolorosa.

## Obs. LXXIX (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

A. F., 40 anos, casado, agricultor.

Não se apura lepra nos seus ascendentes, mas teve convívio prolongado com os leprosos da aldeia.

*Estado Actual*—Estado geral miserável. Anémico. Infiltração difusa na testa e nas arcadas supraciliares com rarefacção das sobrancêlhas e hiperpigmentação dos malares; nariz infiltrado e deprimido *en lorgnette*; tubérculos confluentes, no mento; pronunciação dos sulcos naso-geno-labiais; grande infiltração das orelhas com grossos tubérculos isolados; glossite leprosa—lingua fissurada com muitos sulcos transversais e verticais que a retalham em pequenos quadrados e com um grupo de tubérculos na ponta; infiltração geral de toda a mucosa bucal e em especial do véu do palato. Pequenas manchas hiperpigmentadas no pescoço. Eritema generalisado no dorso, com placas de eczematide na região lombar. Hipertrofia dos mamilos. Pele do hipogástro com caracteres idênticos á do dorso. Membro superior direito—forte infiltração eritematosa, na face externa do braço, extendendo-se ao ante-braço (mesma face), dorso das mãos e ainda ás palmas; o dedo mínimo e o médio, sem unhas, em garra; o anular no comêço de garra, com onixis e o indicador infiltrado, em fuso. Membro superior esquerdo—infiltração pouco pronunciada em todo o membro; manchas pigmentadas no dorso da mão; a palma descamada, o polegar atrofiado por reabsorção, o indicador tumefeito, só com duas falange e a segunda em garra, o médio e anular em garra típica e o mínimo com a falanginha parcialmente reabsorvida e desviada para fóra. Atrofias musculares e onixis em ambas as mãos.

Membros inferiores—Infiltração eritematosa, começando ao nível dos joelhos, extendendo-se ao longo das pernas que se apresentam lusidias e tensas e exagerando-se nos pés, escuros, paquidérmicos, verdadeiras patas de elefante, onde se veem numerosos e grossos lepromas do tama-

nho de ervilha ou ainda maiores, semelhando verrugas. Úlcera plantar na base do segundo dedo do pé esquerdo.

*Gânglios*—enfartados nas virilhas.

*Aparelho genital*—testículos com grossos nodulos palpáveis e aumentados de volume.

*Sensibilidades*: Orelhas—abolidas a dolorosa e a térmica. Nariz, lábios e mento—hipersensibilidade dolorosa e térmica. Pescoço, tórax e abdómen—idem. Dorso, membros superiores (exceptuando as regiões epitrocleanas e palmas) e membros inferiores—abolição completa da térmica e da dolorosa. Regiões epitrocleanas e palmas—aumento da térmica e da dolorosa.

*Condições higiénico-sociais*—Mora, relativamente isolado, numa palhota, no sopé do oiteiro limitrofe á povoação. Vive do insignificante ganho da mulher que, para mais, tem que provêr á sustentação dum filho de 4 a 6 anos. A mulher e o filho moram não muito longe da barraca do doente e com qual se põem em contacto quando lhe levam as refeições.

## Obs. LXXX (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

A. F. 55 anos, casado, cavouqueiro.

Nada digno de menção nos seus antecedentes hereditários e familiares. O contágio explica-se pela lida diária com os leprosos de Santa Bárbara.

*Estado Actual*—Infiltração nas azas do nariz, lusidias e cúpricas, com tubérculos miliares confluentes. Infiltração eritematosa nos malares. Orelhas afectadas, sem tuberculos visíveis, mas com intradérmicos nos lóbulos, palpáveis sobretudo no direito. Infiltração tuberculosa nos lábios. *Placard* hiperpigmentado, pontuado de finas manchas acrómicas, envolvendo o pescoço. Grande zona hipercrómica, alternando com zonas acrómicas no espaço inter-escapular. Este *placard* estende-se sem solução de continuidade pela parte anterior do tórax, fragmentando-se pelo abdómen, com manchas acrómicas nos flancos e no hipogástro. Hipotrofia da pele dos braços e ante-braços. Atrofias pronunciadas das eminências tenar e hipotenar e dos músculos interósseos. Garra de todos os dedos, á excepção do polegar, na mão direita. Curiosa mal formação congénita na mão esquerda que tem só dois dedos de igual tamanho. Leprides lusidias nos glútios, continuando pela face posterior das côxas cujás faces internas tem uma eczematide descamente. Infiltração paquidérmica no dorso dos pés com alterações tróficas nos dedos, alguns sem unhas e outros com onixis.

*Gânglios*—pleiade pouco móvel nas virilhas.

*Aparelho genital*—Testículos atrofiados, de consistência fibrosa; epididimos infiltrados e nodosos nas caudas.

*Sintomas nervosos*—Cubitais infiltrados, sobretudo o direito, lisos; Sensibilidades: Bordos internos dos ante-braços e glútios—aumento da dolorosa e da térmica. Tornozêlos e pés—atenuação da térmica com abolição da dolorosa.

*Condições higiénico-sociais*:—Mora num miserável casebre com a mulher e um filho de pouca idade. Sustenta-se do seu trabalho. Gente de habitos quási primitivos, nenhum deles tem a mais banal noção de higiéne ou de profilaxia.

## Obs. LXXXI (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

M. F. viúva, de 30 anos aproximadamente.

Não teve lepra nos ascedentes.

*Estado Actual*:—Infiltração difusa, cúprica no rosto, predominando nos lábios e nas orelhas. Tubérculos miliares, confluentes, no mento. Rarefacção das sobrancêlhas. Atrofias musculares nas mãos, com retracção tendinosa no anular esquerdo. Ligeira infiltração dos pés.

*Gânglios*:Sem importância.

*Aparelho genital*: Idem.

*Sintomas nervosos*: Cubitais infiltrados, o esquerdo com uma nodosidade a 1cm., por cima da goteira epitrocleo-olecraniana. Hipersensibilidade dolorosa e térmica nas palmas.

*Condições higiénico-sociais*:—Vive com um irmão leproso, numa casa que, como todas de Santa Bárbara, não tem nenhumas condições de asseio e higiene. Pobre.

## Obs. LXXXII (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

J. F. de 15 anos aproximadamente, solteiro, irmão da antecedente.

Doente um ano depois da irmã com quem sempre viveu.

*Estado Actual*—Infiltração maculosa, cúprica, extendendo-se em sentido do comprimento da base do nariz ao lábio superior e em largura dum malar ao outro. Finas máculas com tubérculos miliares no mento. Grande infiltração nas orelhas. Placas acrómicas de diversos tamanhos e configurações no abdómen. Manchas eritematosas nas espáduas. Infiltração das faces dorsais das mãos que na face palmar apresentam atrófias musculares. Dedo mínimo direito no começo de garra. Grande infiltração eritematosa nos membros inferiores; pernas tensas e lusidias.

*Gânglios*—sem importância.

*Sintomas nervosos*: Cubital esquerdo moniliforme. Hipersensibilidade térmica e dolorosa nos pés e nas manchas.

## Obs. LXXXIII (*Alfredo Araujo*)

### Lepra nervosa

F. F., 45 anos, viúvo.

*Antecedentes hereditários e familiares*. E' actualmente o maioral da família aonde se deram, há quási 20 anos, os primeiros casos de lepra em Santa Bárbara. Morreram-lhe dois ou três tios leprosos, tendo tido todos eles um estreito convívio com o doente.

*Estado Actual*:—Rarefacção das sobrancêlhas. Leprides maculosas, circulares de 1cm. de diametro, na testa. Lesões da mesma natureza, homogéneas na côr, de tamanhos e configurações as mais diversas, umas nitidamente circulares, outras de contôrnos circinados nas espáduas, espaço inter-escapular e omoplatas. Uma grande lesão acrómica, triangular, de bordos policíclicos, 30/15 cm., na região lombar, extendendo-se aos flancos. Leprides do tipo das da testa, dispersas pelo abdómen e faces externas dos membros. Um grande *placard* hiperpigmentado, de bordos salientes, logo por cima do trocanter direito. Garra ligeira nas mãos. Atrofia do pedioso esquerdo.

*Gânglios*:—nada de importante.

*Aparelho genital*: Lesão eczematosa no escrôto.

*Sintomas nervosos*—Cubitais infiltrados. Crossa do plexo cervical,

ramo supra-clavicular, palpável na região lateral do pescoço. Sensibilidades: Manchas da testa e outras similares—abolição da térmica e atenuação da dolorosa. Mancha da região lombar e do trocanter—hipersensibilidade dolorosa. Membros—aumento da sensibilidade dolorosa.

*Condições higiénico-sociaes*: Mora com uma numerosa parentela, sob verdadeiro regimen patriarcal, numa casa acanhadissima e imunda. Sustenta-se do seu trabalho.

### Obs. LXXXIV( *Alfredo Araújo* )

#### Lepra nervosa

P. M. solteiro, 30 a 35 anos, aproximadamente.

*Estado Actual*—Manchas hiperpigmentadas na testa, nariz e malares. Grande infiltração, com tubérculos bem individualisados, nas orelhas. Manchas hiperpigmentadas, com espaços acrómicos, no dorso. Infiltração difusa nos peitorais. Tubérculos raros e isolados no glútio esquerdo; alguns dispersos pela côxa do mesmo lado. Lesão gomosa ulcerada no maleolo externo e direito.

*Sensibilidades*—Manchas do dorso—aumento de sensibilidade térmica e dolorosa.

*Condições higiénico-sociais*—Vive com a mulher num casebre, entre Santa Bárbara e Chimbel. Cavouqueiro.

### Obs. LXXXV ( *Alfredo Araujo* )

#### Lepra tuberculosa

F. casado, 35 a 40 anos.

*Estado Actual*: Grande infiltração do rôsto, vincando as pregas transversais da testa e os sulcos naso-genais. Glossite leprosa. Grupo de grossos tubérculos na parte média do véu do palato. Tubérculos confluentes no mento. Infiltração difusa nas orelhas. Pele do tronco hipotrófica e lusidia. Hipertrofia dos mamilos.

*Gângios*—Sem importância.

*Aparelho genital*—grossa nodosidade palpável na cabeça do epididimo esquerdo.

*Sintomas nervosos*—nada de importante, apenas uma atenuação das sensibilidades nas regiões infiltradas.

*Condições higiénico-sociais*: Mora com os irmãos. Cavouqueiro, vivendo do seu jornal.

### Obs. LXXXVI ( *Alfredo Araújo* )

#### Lepra mixta

V. G. 40 a 45 anos, viúvo.

Não tem lepra nos antecedentes hereditários. Vive desde novo num fóco de lepra. Doente há 12 a 15 anos.

*Estado Actual*— É um homem vigoroso e a doença está ainda na fa-

ces inicial apesar da sua duração prolongada.

Manchas eritematosas confluentes, com contornos mal definidos no tórax e na face externa dos braços. Lesões do mesmo tipo mas, menos pronunciadas, nos antebraços e no dorso. Um extenso *placard* eritematoso, partindo da crista iliaca esquerda e extendendo-se em leque por toda a face externa e uma parte da face posterior da côxa do mesmo lado. Este *placard*, que se prolonga, já atenuado, pela face externa da perna até o maleolo, tem os bordos irregulares e espessados e algumas zonas acrómicas.

*Sensibilidades*—Manchas do tronco e membros superiores—a térmica atenuada. Mancha da côxa—a termica abolida em toda a extensão. Zonas hipercrómicas—a dolorosa abolida.

*Gânglios*—Enfartados na virilha esquerda.

*Exame bacteriológico*—Mucus nasal—negativo. Serosidade dum gânglio enfartado da virilha esquerda—negativo. Frottis de biopsia duma zona eritematosa e anestésica do *placard* da côxa—positivo.

*Condições higiénico-sociais*—Mora com um filho que tem família. Pobre. Vive do seu trabalho, transportando capim para as cocheiras particulares da capital.

**N. B.** *Não é possivel apurar, com certeza, a origem do fóco actualmente existente em Santa Bárbara. O que, porém, está averiguado é que nenhum dos doentes saiu de Gôa. Os primeiros casos deram-se há 20 anos, proximamente, na familia do doente da Obs. LXXXII; sucessivamente foram aparecendo casos novos, sem que seja possivel estabelecer, entre êles, uma interdependencia nitida. Supomos que a origem deste fóco tenha sido o fóco de Bambolim, hoje quasi extinto, pois que os dois únicos doentes sobreviventes estão internados em Vingurlá, não se tendo registado nenhum caso de lepra frusta nos seus entourages, detidamente examinados.*

*Os doentes de Santa Bárbara pertencem a familias de condição social relativamente inferior, em rudimentar estado de Civilisação e de Higiene, a que se juntaria uma grande desconfiança contra as autoridades sanitárias, quiçá aumentada por um natural sentimento de revolta contra o destino que os mutilou. Todos estes individuos vivendo em casebres anti-higiénicos, numa grande promiscuidade, oferecendo, de resto, as melhores condições para os contactos prolongados e os contágios daí resultantes, ocupam-se em trabalhos agricolas, vem á cidade vender hortaliça, servir nas estrebarias e cocheiras particulares e, inteiramente ignorantes do seu mal, fogem para os oiteiros e várzeas limitrofes á povoação, mal que lobrigam a carruagem que transporta o médico, encarregado de os inspeccionar.*

*Seria impossivel o nosso exame, se, após dois meses e meio de infrutiferas pesquisas, não nos tivessemos valido do auxilio do Sr. Administrador do Concelho, Nuno da Cunha Gonçalves, que os intimou a comparecerem na administração, remetendo-os, em seguida, escoltados, ao Instituto Bacteriológico onde foram examinados. O exame deu resultados tão curiosos que basta citar-se que tendo vindo, além das familias dos leprosos, uma familia indú, morando, de resto relativamente isolada, no mesmo bairro, sem outras lesões aparentes alem de pústulas de sarna em um só dos seus membros, se descobriram nela um caso de lepra frusta e um de lepra ganglionar.*

*O fóco de Santa Bárbara é, além doutros motivos, perigoso por estar contiguo ás habitações dos lavandeiros que fazem serviço na capital; talvez isso explicasse a origem dum caso de lepra frusta que ocorreu numa senhora de Pangim.*

*Ao fóco de Bambolim deu origem um individuo, ja falecido, que importou a doença há 25 a 30 anos, de Bombaim, tendo vitimado a sua familia (mulher e um único filho) e dado origem aos dois casos, acima referidos, na sua vizinhança*

## ALDEIA DE COMBARJUA

### Obs. LXXXVII (*Froilano de Mello*)

**Lepra mixta**

F.... do sexo masculino, casado, de 30 anos.

Não se apura o contágio. Doente há 6 anos.

A doença começou por infiltração tuberculosa no malar esquerdo e na orelha do mesmo lado. Tratado pelo ginocardato de sódio, o doente apresentou, após seis meses de tratamento, sinais de cura, retomando o seu serviço (professor primário), depois duma observação cuidada em que a rinite se provou negativa e ficando por algum tempo sob vigilância complementar com inspecções periódicas de 3 em 3 meses, feitas pela Junta de Saúde. Tendo abandonado, por completo, o tratamento vê-se, actualmente, com penfigo leproso na mão esquerda, sinal do cubital do mesmo lado, com zonas anestésicas. Foi julgado incapaz de todo o serviço. Tem algumas pessoas de familia que não puderam ser examinadas.

## CONCELHO DE DAMÃO

## ALDEIA DE AMBAVARI

### Obs. LXXXVIII (*V. Azarias de Sá*)

**Lepra mixta**

N. B., de 40 anos, trabalhador.

*Antecedentes hereditários*—Nada de importante. Não teve na família doente com sintomas de lepra, nem freqùentou casa alguma de leprosos.

*História da doença*—Começou há uns cinco anos por umas manchas rosadas, pelo corpo.

*Estado Actual*—Constituição regular. Os membros superiores estão anestesiados do cotovêlo para baixo; no braço direito anestesia da face externa e no esquerdo da face interna. Infiltração de ambos os punhos e dos dedos, cujas falanges teem a forma de fusas. Os cubitais não apresentam alteração alguma. Trabalhando na cosinha, queimou-se várias vezes sem sentir o calor. Cicatrizes de queimadura nas mãos. Anestesia dos membros inferiores. Pernas ligeiramente infiltradas, pés edemaciados. A pele do joelho para baixo parece untada de óleo. Dedos dos pés atrofiados, o segundo dedo do pé esquerdo completamente mutilado. Anidrose dos joelhos até os pés e dos cotovêlos até as mãos. Anestesia da região lombar esquerda.

*Condições sociais*—Vive com a mulher e dois filhos. Sustenta-se do seu trabalho. O destino que dá ás imundícies domésticas é o campo.

## ALDEIA DE DUNRETÁ

### Obs. LXXXIX (*V. Azarias de Sá*)

**Lepra mixta**

C. Q. de 14 anos, aproximadamente, solteiro.

*Antecedentes*—A mãe morreu há 10 anos de peste, tendo apresentado, um ano antes da morte, manifestações leprosas no rôsto. A sua doença começou há seis anos, com infiltração no rôsto tendo sido, desde então, isolado pela familia.

*Estado actual* :—Emaciado. Anda dificilmente.

Orêlhas cheias de grossos nódulos, bem como o nariz e os lábios. A pele das faces engrossada dando ao rôsto o aspecto de máscara leonina. Lingua cheia de nodosidades e ulcerada, bem como a abóbada palatina que está perfurada por um orifício ovalar de 1 mm. de comprimento e 3 mm. de largura. Quéda das sobrancêlhas.

Nos ante-braços e nas pernas notam-se finos nódulos. Os membros inferiores cobertos de finas escamas furfurácias. Feridas em ambos os cotovêlos, cobertos de grossas escamas. A pele dos membros inferiores e dos superiores (cotovêlo para baixo) untuosa, parecendo oleada. Edema nas mãos e nos pés.

Adenites inguinais volumosas de ambos os lados.

Anestesia dolorosa dos cotovêlos ás mãos e dos joêlhos aos pés.

Sensibilidade térmica conservada.

*Condições higiénico-sociais* :—Vive, relativamente isolado, do ganho do pai que é trabalhador. A sua casa não é visitada. As imundícies domésticas são removidas para o campo visinho.

## ALDEIA DE JAMPOR

### Obs. XC (*V. Azarias de de Sá*)

#### Lepra mixta

G. D. viúva, de 50 anos, natural de Dalvodá e residente em Jampôr.

*Antecedentes hereditários*—sem importância.

A doença começou há 6 anos por manchas brancas.

*Estado Actual* :—Azas do nariz infiltradas e eritematosas. Lábios grossos e salientes. Espessamento da pele das arcadas supraciliares, testa quási todo o rôsto e dos pavilhões das orelhas que apresentam grossos, tubérculos destacados. Quéda das sobrancêlhas. Anestesia de todo o rôsto.

Tubérculos nos cotovêlos e ao longo dos ante-braços até os punhos. Mãos e pés edemaciados, pernas infiltradas, tendo a pele destas regiões um aspecto lusidio. Anestesia ligeira dos membros superiores e dos inferiores (joelhos para baixo). O doente súa pouco e tem uma tendência ao sono. Há um ano e meio tinha ardência nos pés.

*Condições Sociais*—Vive com uma filha, também leprosa, descrita na Obs. seguinte. Sustenta-se do seu trabalho de vendedeira de hortaliça. A sua casa não é freqùentada. As imundícies da casa são lançadas ao campo, na visinhança.

### Obs. XCI (*V. Azarias de Sá*)

#### Lepra maculo-tuberculosa

R. C., de 12 anos, filha da precedente.

Há um ano que lhe aprontaram manchas avermelhadas na face interna das côxas. Estas manchas fazem uma ligeira saliência, têm as dimensões

da moeda de um real, e são anestésicas. Identicas manchas no rôsto, logo abaixo dos malares. Infiltração da face interna dos antebraços. Cubitais sãos.

*Condições Sociaes*—Faz trabalhos domésticos e vive do ganho da mãe.

## ALDEIA DE VARACUNDA

### Obs XCII (*V. Azarias de Sá*)

**Lepra mixta**

B. G. de 48 anos, aproximadamente, derina.

Nada de importante nos seus antecedentes hereditários.

*Estado Actual*—Forte infiltração das orêlhas e de todo o rôsto, cheio de grossos tubérculos, tomando o aspecto de máscara leonina. Quèda das sobrancêlhas e das pestanas. Lepromas, em grupos, na língua anestesiada. A pele dos ante-braços e mãos, das pernas e pés, infiltrada, untuosa, com grossos lepromas *en nappe*. Infinidade de tubérculos confluentes nas côxas que apresentam algumas manchas arroxeadas. Forte infiltração dos dedos, lusidios e lisos. Quèda das unhas das mãos e estratificação das dos pés. Anestesia completa de todo o corpo. Cubitais sem alterações.

*Condições Sociais*—Vive do ganho do marido que trabalha em Bombaim. Não faz nenhum serviço. As imundícies são deitadas no lugar que na aldeia é reservado para esse fim.

## ALDEIA DE JAMPRIM

### Obs. XCIII (*V. Azarias de Sá*)

**Lepra nervosa**

B., de 48 anos, viúva.

Antecedentes hereditários sem importância. Não sabe precisar a evolução da doença.

*Estado Actual*—Infiltração das maçãs do rôsto. Nariz completamente achatado, com deformação das cartilagens. Abóbada palatina perfurada por tres orifícios circulares, tendo respectivamentei 12, 3 e 2 mm. de diametro. A voz é nasalada; tem anosmia. A língua anestesiada e fétida. Anidrose geral. Teve epistaxis por várias vezes.

O exame do mucus nasal foi negativo.

*Condições Sociais*—Indigente, sustenta-se de esmolas. Vive em casa própria.

## CONCELHO DE PRAGANÃ

## ALDEIA DE SILI

### Obs XCIV (*Aristides da Costa*)

**Lepra tuberculosa**

N. V., de Sili, de mais ou menos 40 anos de idade.

*Antecedentes hereditários e familiares*—Nada de notável.—O pai é

aparentemente são. Não tem coriza crónica, nem descromias, nem alteração de sensibilidade cutânea.—A mãe é leprosa, tendo-se manifestado a doença depois da do filho, porventura, por contágio deste.

*História pregressa*—Trabalhava no extrangeiro, Índia visinha, onde tinha companheiros com úlceras.

A doença já tem 6 anos. Manifestou-se dois anos depois de regressar á sua aldeia natal.—Começou por máculas acrómicas, apruriginosas, na perna direita.—Não sabe informar sobre a sensibilidade desta discromia.

Mais tarde notou umas saliência, em diversas partes do corpo, mais ou menos pruriginosas.—Estas saliências não fizeram sua aparição na parte discrómica da perna.

*Estado actual*—Corpo cheio de eru ção ectimatosa. Tubérculos nos lóbulos de orelhas.—Máculas hipercrómicas nas regiões temporais.—Úlcera na região dorsal da mão direita, com mutilação do dedo mínimo.—Máculas acromáticas, polimorfas, anestésicas, na parte externa da côxa direita.—Úlceras nos joelhos.—Pés com infiltração serosa.—Mutilação do dedo minimo do pé esquerdo.—Falta de sobrancêlhas.—Hipertrofia de gânglios cervicais e inguinais.

A sensibilidade cutânea geral, é mais ou menos normal.

Tem coriza crónica.

*Condições higiénico-sociais*: Proletário, pobre, vive numa choupana, sem nenhumas condições higiénicas, como a habitação de todo *varli*, em companhia da sua mãe.

O pai mora numa outra choupana, a alguma distância da do filho, e é quem lhe leva a comida.

O doente não exerce nenhum mister.

A sua choupana fica mais ou menos isolada. Verdade é que este isolamento não é, nem pode ser absoluto, pois ninguém o inibe de passeiar pela aldeia; mas felizmente o *varli* admite a contagiosidade da doença e tem uma certa repugnância por ela.

O doente em questão é casado, mas não tem filhos. Fugiu-lhe a mulher logo que se lhe manifestou a doença.

As imundícies domésticas são deitadas mesmo ao pé da choupana.

## Obs. XCV (*Aristides da Costa*)

### Lepra mixta

N. V., de mais ou menos 60 anos de idade.

***Antecedentes hereditários e familiares:*** Não se lembra de que morreram os pais, mas pode garantir que nunca apresentaram discromias nem erupções dermatósicas. Nenhum membro da sua familia tinha lepra-*História pregressa:* A doente é mãe do doente da observação antecedente.

Viveu sempre em companhia do filho, a quem, provávelmente, apanhou contágio.

Um ano depois da doença do filho notou, na face, máculas róseas e já lhe apoquentava uma coriza crónica. Pouco depois apresentava manchas brancas em diversas partes do corpo.

Não sabe informar sobre a sensibilidade destas máculas.

*Estado Actual*: Máculas hipercrómicas nas maçãs do rôsto e na testa. Máculas acromáticas na região cubital do braço esquerdo e na parte externa da perna direita. Penfigo no dorso do pé direito. Infiltração edematosa nos pés com necrose das falanges. Rinite crónica. Anestesia térmica e tactil do ante-braço esquerdo. Perfuração plantar, completamente indolor e anestésica, do pé esquerdo.

*Condições higiénico-sociais:* As mesmas da observação precedente.

Esta mulher tem mais dois filhos no extrangeiro. Não apresentam nenhuma manifestação suspeita.

## ALDEIA DE RACOLI

### Obs. XCVI ( *Aristides da Costa* )

**Lepra mixta**

C. C., de 40 anos, agricultor.

*Antecedentes hereditários e familiares* : O pai morreu com lepra.

*História pregressa* : Não sabe ou não quere informar como, nem quando, iniciou a doença. Responde ao interrogatório com uma certa irritação.

*Estado Actual*—Manchas hipercrómicas na face—Tubérculos nos lóbulos das orelhas, nos braços e pernas.—Tubérculos ulcerados, como a *rupia sifilítica* no dorso das mãos e pernas.—Mutilação dos dedos de mãos e pés.—Rinite crónica.—Ausência de pestanas.

*Condições higiénico-sociais*—Vive só, numa choupana imunda, á pequena distância dum núceo de palhoças. Não tem família e vive, passeiando pela aldeia, quási de esmola.

### Obs. XCVII ( *Aristides da Costa* )

**Lepra nervosa**

D. D., casada, de 30 anos de idade.

*Antecedentes hereditários e familiares*—Nada de importante. Nenhum membro da sua família apresentara manifestações suspeitas. Os pais são aparentemente sãos.

*História pregressa*—Casada no extrangeiro.

Num dos quartos da casa em que morava, vivia um leproso, membro da família do marido.

Dois anos depois de casada, notou algumas máculas no corpo.

*Estado Actual*—A doença já tem 5 anos.

Apresenta máculas hiperémicas na face esquerda.—Tubérculos na orelha direita.—Máculas acrómicas, anestésicas nas costas.—Bôlhas no dorso das mãos.—Máculas acromàticas, anestésicas nos cotovêlos, joelhos e pernas.—Baço hipertrofiado (4 dedos abaixo do rebôrdo costal).

*Condições higiénico-sociais* : Vive numa choupana isolada. O pai é quem lhe leva a alimentação.

Os pais e irmãos não apresentam nenhuma manifestação suspeita.

Não tem filhos. A menstruação é regular.

As imundícies domésticas são deitadas ao pé da casa. Como quàsi todos os doentes, passeia livremente pela aldeia.

### Obs. XCVIII ( *Aristides da Costa* )

**Lepra mixta**

M. D., casado, de 45 anos de idade, agricultor.

*Antecedentes hereditários e familiares* : Afirma que os pais nunca apresentaram manifestação alguma suspeita, nem membro algum da sua família.

*História pregressa* : Não sabe dizer quando, nem como, se manifestou a doença. Garante que nunca teve contacto com leprosos.

*Estado Actual* : Máculas hipercrómicas, anestésicas nas faces. Máculas acromáticas nos hombros, braços e cotovêlos. Tubérculos nos lóbu-

los de orelhas. Infiltração serosa nas mãos e pés. Necrose da 2.ª, 4.ª e 5.ª falangetas da mão esquerda. Máculas acromáticas nos joelhos. Dôres violentas nos ossos, á percussão. Coriza crónica. Quéda de sobrancêlhas e pestanas. Nevrite do cubital esquerdo.

*Condições higiénico-sociais*: Vive isolado. A mulher e os dois filhos não apresentam manifestações aparentes de lepra.

## ALDEIA DE BONTA

### Obs. IC (*Aristides da Costa*)

**Lepra mixta**

L. G, de 35 anos de idade, solteiro, agricultor.

*Antecedentes hereditários e familiares*: Nada de importante.

Pais sãos. Nenhum membro da família apresentou manifestações suspeitas.

*História pregressa*: Esteve com o seu irmão R. G. na Índia Inglesa onde tinha companheiros com úlceras e tubérculos; não esteve porêm, em contacto directo com estes indivíduos. Passado algum tempo que não sabe precisar, notava uma erupção pelo corpo e máculas nas pernas e na região abdominal.

Alguns meses depois, o irmão apresentava, mais ou menos, os mesmos sinais.

*Estado Actual*: Tubérculos nas orêlhas, nariz e lábios. A clássica *leontiase leprosa*. Máculas hipercrómicas nas faces e regiões temporais. Tubérculos ulcerados nos braços. Infiltração serosa de mãos e pés. Úlcera nos joelhos. Anestesia nas pernas. Hipertrofia de ganglios inguinais.

*Condições higiénico-sociais*: Vive com seu irmão no centro do povoado e sustenta-se de esmolas.

### Obs. C (*Aristides da Costa*)

**Lepra mixta**

R. G., de 37 anos de idade, solteiro, agricultor.

*Antecedentes hereditários e familiares*: Nada digno de nota.

*História pregressa*—É irmão do doente da observação anterior.—A história é a mesma.

*Estado actual*—Máculas hipercrómicas anestésicas nas costas, côxas e pernas.—Coriza crónica.—Tubérculos nas orêlhas.—Eritema nas nádegas.—Infiltração serosa da mão esquerda com mutilação do dedo mínimo.—Quéda de pestanas e sobrancêlhas.

*Condições higiénico-sociais*—As mesmas da observação precedente.

## ALDEIA DE GARATPARÁ

### Obs. CI (*Aristides da Costa*)

**Lepra nervosa**

B. M. G., de 40 anos de idade. casado, agricultor.

*Antecedentes hereditários e familiares*—A mãe morreu de lepra.

*História pregressa*—Nada de importante. Não sabe informar quando começou a doença.

*Estado Actual*: Mácula extensa e policrómica na região lombar direita, descendo até à côxa e abrangendo toda a nádega. Esta zona é completamente insensível ao tacto, dor e calor.

Parece tratar-se de lepra nervosa ou antonina.

O doente não apresenta nada mais digno nota

*Condições higienico-sociais*: Vive no seio da povoação, com irmãos, mulher, filhos, nora e neto.

A família não apresenta nada de suspeito, salvo um dos filhos que tem manifestações francas de lepra.

O doente trabalha nos campos.

### Obs. CII (*Aristides da Costa*)

**Lepra nervosa**

L. M., de 25 anos de idade, casado, agricultor.

*Antecedentes hereditários e familiares*: O pai é leproso.

*História pregressa*: A doença manifestou-se, há 5 anos, por bôlhas apruriginosas, máculas e coriza.

É filho do doente da observação CI.

*Estado Actual:* Cicatrizes anestésicas, lusidias, com contôrnos escuros, na parte posterior da côxa direita, nas costas, e na face externa da perna esquerda. Infiltração serosa dos pés. Rinite crónica.

*Condições higiénico-sociais*: As mesmas da observação anterior.

Tem um filho sem manifestações suspeitas. A mulher aparentemente sã.

Vive do seu trabalho.

### Obs. CIII(*Aristides da Costa*)

**Lepra nervosa**

L. J., de 45 anos de idade, agricultor, casado.

*Antecedentes hereditários e familiares:* Só se apura que tinha um tio com manifestações parecidas com as do doente.

*História pregressa:* Não sabe informar quando começou a doença. Diz que já tem alguns anos.

*Estado Actual*: Máculas acrómicas na parte externa da perna esquerda insensíveis á dôr, tacto e calor. Nada mais digno de nota.

*Condições higiénico-sociais*: Vive com mulher e dois filhos, no centro da povoação, entregando-se ao seu trabalho.

A família não apresenta nada de suspeito.

## ALDEIA DE RUDONÃ

### Obs. CIV (*Aristides da Costa*)

**Lepra mixta**

R. B., de 18 anos de idade, agricultor, solteiro.

*Antecedentes hereditários e familiares:* Os pais são aparentemente

sãos. Membro algum da sua família teve lepra.

*História pregressa* : Há uns quatro anos notara máculas pelo corpo a que não ligara importância, pois apareciam e desapareciam.

Há dois anos que tem as lesões que ora apresenta.

Nada se apura quanto ao contágio.

*Estado Actual* : Tubérculos nas orelhas, máculas acrómicas nas faces e joelhos. Infiltração serosa nas mãos e pernas. Quéda das unhas dos dedos das mãos.

*Condições higiénico-sociais* : As mesmas dos doentes das observações anteriores.

Vive, á piquena distância da povoação, em companhia dos pais que o sustentam, por não estar em condições de trabalhar.

### Obs. CV (*Aristides da Costa*)

**Lepra mixta**

V. T., de 30 anos de idade, casado.

*Antecedente hereditários e familiares*—O pai morreu de lepra.

*História pregressa*—Não sabe informar quando teve as primeiras manifestações, mas quando se casou, há 5 anos, já apresentava máculas nas costas

*Estado actual*—Máculas nas faces, tubérculos nas orelhas, quéda dos dedos nas mãos e pés, máculas anestésicas nas costas e abdómen.

*Condições higiénico-sociais*—Vive mais ou menos isolado, mas sustenta-se de esmola.

Não tem filhos. Fugiu-lhe a mulher.

## ALDEIA DE BILDARI

### Obs. CVI (*Aristides da Costa*)

**Lepra tuberculosa**

D. T., de 63 anos de idade, casado, agricultor.

*Antecedentes hereditários e familiares* : Nada de importante.

*Historia pregressa* : Ia trabalhar em casa dum leproso a quem, provàvelmente, apanhou contágio.

A doença tem, apenas, um ano.

*Estado Actual* : Rinite crónica. Mácula policrómica, anestésica, na nádega esquerda ; infiltração granulosa nos dedos das mãos.

*Condições higiénico-sociais* : Vive com sua familia no seio da povoação e entrega-se às suas ocupações habituais.

Mulher e filhos aparentemente sãos.

### Obs. CVII (*Aristides da Costa*)

**Lepra tuberculosa**

D. J., de 36 anos de idade, casado agricultor.

*Antecedentes hereditários e familiares* :—A mãe morreu de lepra.

*História pregressa* :—Trabalhava na Índia Inglesa, onde havia um ou outro leproso, mas não esteve em contacto com êles.—Há quatro anos, sto é, dois anos depois de regressar do extrangairo, apresentava granu-

lações por todo o corpo e máculas acrómicas.

*Estado Actual* : Máculas hipercrómicas nas nádegas e na face posterior das côxas. Tubérculos nas orêlhas.—Rinite crónica.

*Condições higiénico-sociaes* :—Dedica-se ao seu trabalho e vive numa choupana, perto da povoação, com mulher e dois filhos, que não apresentam manifestações de lepra,

## ALDEIA DE GUNÇÁ

### Obs. CVIII (*Aristides da Costa*)

**Lepra mixta**

B. M., de 70 anos de idade, casado.

*Antecedentes hereditarios e familiares :* Nada se apura de importante.

*Historia pregressa :* O doente não sabe informar quando, nem como, se manifestou a doença.

*Estado Actual* : Máculas anestésicas, acrómicas, nas costas.—Tubérculos ulcerados nos braços.—Infiltração serosa de mãos e pés. Quéda de sobrancêlhas e pestanas.—Mutilação dos dedos dos pés.—Rinite crónica.

*Condições higiénico-sociaes*—Vive, à piquena distância da povoação, numa palhoça.

É sustentado pelo filho que vive numa barraca ao lado e não apresenta manifestações suspeitas.

## ALDEIA DE GORBARI

### Obs. CIX ( *Aristides da Costa* )

**Lepra mixta**

G. C., de 48 anos de idade, casado.

*Antecedentes hereditários e familiares :*—Nada de importante se apurou.

*História progressa :* Não sabe informar como se manifestou a doença. Nada se apura quanto ao contágio.

*Estado Actual* :—Tubérculos nas orêlhas, braços e mãos. Rinite crónica.—Mutilação dos dedos das mãos. Dôr violenta nos ossos à percussão.—É atacado, constantemente, de nevralgias que o inibem, às vezes, de andar.

*Condições higiénico-sociais* :—Vive de esmolas.—Não tem filhos.—A mulher foi para o extrangeiro, para a casa dos pais.

## ALDEIA DE SAILI

### Obs. CX ( *Aristides da Costa* )

**Lepra mixta**

L. D., de 45 anos de idade, casado, agricultor.

*Antecedentes hereditários e familiares* :—Os pais morreram com le-

pra.

*História pregressa* :—Nada se apura de importante.

*Estado actual* :—Tubérculos nas orêlhas e nariz. Rinite crónica. Otorreia. Quéda de pestanas e sobrancêlhas. Úlceras nos pés.—Mutilação dos dedos da mão direita. Máculas anestésicas nas costas.

*Condições higiénico-sociaes* .—Vive isolado com sua mulher, que é quem o sustenta.

A mulher não apresenta manifestações suspeitas.

Para se fazer uma ideia exacta das circunstâncias locais que dificultam pesquisas desta natureza, bem como para se apreciar as condições higiénicas em que vivem os leprosos dêste Concelho, dámos uma parte do ofício que foi enviado pelo Delegado de Saúde de Praganã, juntamente com estas observações, ao Chefe dos Serviços de Saúde:

. . . . . .

. . . . . .

Dadas as condições especiais do Concelho que já tive ocasião de expôr a V. Exa. tornava-se impossível prosseguir na tarefa, e assim, foi só em fins de Novembro que auxiliado pelo colega Colopo, recomecei os trabalhos.

Estas 17 observações não correspondem evidentemente a uma pesquisa rigorosa e completa para o estudo dum problema tão importante como é o da lepra, mas foi o máximo que conseguir se poude numa região tão selvagem como Praganã. Dificuldades de transito, dificuldades de língua ( o varli do interior não fala guzerate ) dificuldades de toda sorte, não permitiam uma acção desafogada e livre, absolutamente necessária para investigações desta natureza. Dificuldades de ordem material inibiram-me de poder fazer acompanhar este trabalho de pesquisas microscópicas, sobretudo no «entourage». O Instituto mandou-me placas, esperando emprestar-me um microscópio, o que, provávelmente, não lhe permitiu a afluência de trabalhos laboratoriais.

São 20 os leprosos—francamente leprosos—na Praganã. Escaparam três ao exame por se terem ausentado do local no dia em que fui proceder ás pesquisas.

O habitat de todos eles, o mais anti-higiénico que imaginar se póde. Embora alguns estejam mais ou menos isolados, não póde este isolamento ser tido em conta, quando se o queira encarar sob o ponto de vista profiláxico.

Já tive a honra de informar a V. Exa. sôbre o estado das coisas da Praganã. Não resisto, não obstante, em transcrever certas passagens duma comunicação que me fez o subdelegado de saúde de Selti :

«Nestas paragens onde há carência de tudo, por melhor vontade que tenha o clínico, não se pode estudar devidamente qualquer doença. Não há estradas nem facilidades de transporte como em Goa, de modo que, em qualquer época do ano,

não se póde atravessar o Concelho.»

«A viagem para Mandonim foi uma campanha. Depois de atravessar 5 ribeiras, tive que trepar aquele calvário. Já eram 6 horas de jornada! Os bois não podendo subir a encosta retrocediam. Á certa altura o carro ia-se despenhando num precipício, e eu só devo ao carroceiro o favor ou desfavor de me ter salvo a vida.»

«Urge porisso, em nome da Civilisação, abrir estradas na Praganã.»

«Passei uma noite em Mandonim, onde fez-me arripiar o estado lamentabilissimo em que se encontra a residência do patel-regedor. O mais reles *varli* tem aí casa com paredes de bambú. A autoridade local vive numa de capim embostado, e o pessoal, por falta de poços, serve-se da água dum charco cheio de folhas em putrefacção.»

«Queria continuar a viagem, mas vi-me obrigado a desistir, por não haver caminhos por onde passasse o carro.»

«A lepra, na Praganã, é conhecida pelo nome de *pittá* e os leprosos pelo de *pittvalá*.

«A população continúa ainda no estado rudimentar de civilisação. Não obstante notei naquela gente alguma aversão pelos leprosos. O *varli* classifica-os de benignos e malignos. No primeiro grupo entram os que apresentam máculas e tubérculos e no segundo os que trazem tubérculos ulcerados, mutilações de dedos etc.»

«Embora o varli não viva em companhia do doente, nem porisso se póde dizer que o leproso não esteja em relações com indivíduos sãos. Os dos casos benignos vivem com pessoas de família e vão ainda ajudar os sãos nos trabalhos de campo.»

.....

.....

Damão, 21 de Janeiro de 1926. *Aristides da Costa.*

# SECÇÃO II

## Casos de Lepra Frusta

### Concepção moderna das formas clínicas da lepra: Formas típicas, formas frustas e formas latentes

Todos quantos se entregam ao estudo da lepra são unanimes em reconhecer, que, ao lado de doentes cujo diagnóstico se impõe mesmo a olhos de leigos, existem casos que só um exame médico atento, poderá declarar como sofrendo dessa moléstia. Muitos patologistas, não hesitam em declarar, que a velha divisão clínica, não, abrange todas as modalidades anatomo-patológicas, e são particularmente interessantes, sob êste ponto da vista, as discromias leprosas em placas mais ou menos extensas, com disestesia, sensibilidade tactil atenuada e a térmica pouco ou nada alterada, a que se referem Jeanselme, Blum, e Terris (1), os casos de lepra tuberculoide, relatados por Pautrier e Boez (2), assunto sôbre o qual se encontra uma tese magistral de Darier (3), chamando a atenção para certas manchas eritematosas, anestésicas, planas e lisas, com estrutura tuberculóide e para certas manchas leprides, cujos córtes, cuidadosamente, estudados, deixaram, ao autor uma só vez, vêr um bacilo de Hansen, registando-se na literatura, apenas mais uma constatação desta natureza, em que um outro autor, encontrou nos córtes 6 bacilos de lepra, após longas pesquisas.

A constatação bacteriológica, nas suas relações com o diagnóstico da lepra, fornece campo para longas considerações, que tem talvez melhor cabida, tratando-se do destino que se deverá dar a tais doentes, no capítulo da profilaxia.

Numa estatística de Muir, encontram-se registados casos de lepra, com bacilos e sem bacilos (4) e apezar de Lie declarar na Conferência de Strasburgo, que, examinando com perseverança, sempre se encontra o bacilo da lepra e Mathis

---

(1) Jeanselme Blum et Terris : Dischromies lepreuses in III Conf. Int. de la lèpre. Strasbourg 1923.
(2) Pautrier e Boez—Cas de lèpre tuberculoide, ibid.
(3) I. Darier—Les tuberculoides de la lèpre, ibid.
(4) Muir—Is leprosy curable ? Ind. Med. Gaz. 1924.

apoiar êste modo de vêr, acrescentando que no Tonquin nunca se interna um leproso, sem um exame bacteriológico positivo, ante o espírito de muitos clínicos ficará sem solução, a pregunta formulada por Hutson de Barbados (1): Há muitos casos em que o exame bacteriológico é negativo, mas a clínica indica, que se trata de lepra; deveremos considerar tais casos, como casos certos de lepra ?

Note-se que ás dificuldades da ordem técnica, se juntam muitas vezes, outras de ordem social.

Nem todos os doentes se prestam, caso a biópsia e a rinite iódica dêem resultados negativos, a exames e biópsias freqùentes, para se pesquizar o bacilo com a perseverança aconselhada por Lie. Nós mesmos, temos conhecimento de um caso, que começou há 6 anos, sendo o único sintoma de lepra, uma hipercrómia tipo rosácea, com telangiectásias no rôsto e anidrose na zona doente. Apezar de todas as constatações bacteriológicas negativas na rinite iódica, e de se não poder fazer biópsia no rôsto—tratava-se de uma senhora educada—no nosso Instituto Bacteriológico classificou-se o caso como lepra, ficando o diagnóstico, plenamente, confirmado em 1924, ano em que se notavam outras lesões anestésicas e úlcera plantar.

E, todavia, não sómente a solução do problema de profilaxia, depende de um diagnóstico precoce e seguro da doença, mas ainda a eficácia do tratamento, está especialmente subordinada á precocidade do seu emprêgo. (2)

O exame de numerosos doentes, tem-nos demonstrado, que ao lado de indivíduos, cujo diagnóstico, se pode fazer á distância, existem outros que nos passariam despercebidos, sem um exame médico atento. Entendemos dever agrupá-los sob a denominação clínica de formas frustas de lepra. Este termo, já se encontra nas lições de Jeanselme, (3) que as caracterisa pela maneira seguinte—gravidade fraca pelo menos por algum tempo e diagnóstico delicado.

Como manifestação, por vezes, única, encontram-se sintomas de ordem nervosa; ora uma insuficiência do orbicular, ora uma só mácula anestésica; ás vezes uma retração do aurícular em forma de colchete, ás vezes uma ligeira atenuação da sensibilidade térmica.

Jeanselme cita a propósito o caso de um missionário do Senegal, que tinha, por único sintoma, duas manchas eritemato-pigmentares no rôsto e um endurecimento moniliforme do ramo mastoídio do plexo cervical, cuja pressão dava irradiações dolorosas na zona tributária.

Marchoux refere-se ás pesquizas de Auché, na Nova-

(1) Diagnostic de la lèpre à la premiere période de la forme anesthesique in III Conf. Int. de la lèpre. Strasburgo 1923.

(2) Marcel Guillen, Diagnostic prècoce de la lèpre; ibid.

(3) Jeanselme—Cours de Dermatologie. Exotique 1904. V leçon.

Caledónia, que na pele de pessoas sãs, encontrou bacilos de lepra, ás de Zeferino Falcão ( Lisboa ) que fez idênticas constatações, no muco nazal. Denomina *lepra latente ganglionar* á infecção leprosa em que só os gânglios se encontram invadidos pelos bacilos, podendo mesmo passar a barreira ganglionar e espalhar-se no tecido conjuntivo, sem que nada revele ao exame clínico, nem a localização ganglionar, nem os estigmas habituais da infecção hanseniana.

Factos dêstes, encontram-se na *lepra murium*, produzida pelo bacilo de Stefansky. E Marchoux, a quem se deve um tão grande número de pesquizas na lepra murina, acaba por designar sob o nome de *lepra latente*, todos os casos de infecção discreta e inaparente, quer fique acantoada nos gânglios, quer tenha ganho o tecido conjuntivo, a pele e as mucosas.

Não podemos estar, completamente, de acôrdo, com a interpretação clínica, que o ilustre investigador do Instituto Pasteur, dá á chamada lepra latente e preferimos guardar êste termo, sómente, para designar indivíduos, que, sãos sob todos os mais pontos de vista, deixariam acantonados, como se dá por vezes no entourage dos leprosos averiguados, o bacilo de Hansen nos gânglios tributários da zona, que serviu de porta de entrada á infecção, sem que nesta zona, se encontre lesão clínicamente apreciável.

Os demais casos, em que existe uma lesão visível, ora uma coriza originadora da excreção bacilar pelo muco nazal, ora uma lepride maculosa ou discrómica, ora uma lesão de ordem nervosa, em que mesmo que se não encontre o bacilo, de Hansen, se poderão excluir as demais causas de nevrites tóxicas ou parasitárias, preferimos agrupá-los, sob a designação de *lepra frusta*.

Não se deve esquecer, que muitos leprosos procuram ocultar o seu mal, até que se torne francamente visível. Se nem todos êsses casos, devem constituir *lepra frusta*, há-os, em que só o exame clínico detido, nos pode levar ao diagnóstico da lepra ; diagnóstico de certeza quando acompanhado de constatação bacteriológica positiva, diagnóstico de probabilidade, em grau mais ou menos elevado, conforme os sinais clínicos e a destrinça com os sintomas provenientes das outras entidades nosologicas bem definidas.

Em conclusão, ao lado da lepra clássica descrita nos livros, chamaremos *lepra frusta* aos casos em que só um exame clínico detido, é capaz de descobrir a lesão hanseniana, em pessoas aparentemente sãs, e *lepra latente*, aos casos que, sãos sob todos os demais pontos de vista e sem lesão clínicamente apreciável, apresentam todavia o bacilo da lepra acantonado no parenquima ganglionar.

## CONCELHO DE SALSETE

## VILA DE MARGÃO

### Entourage da Obs. I

Familia de mais 2 pessoas: Mulher e sobrinha.
Examinadas duas pessoas.

*Resultado do Exame* ( E. Gracias )

I—Mulher:
*Exame clínico*: Apresenta uma mácula acrómica, no ângulo esquerdo do maxilar inferior, e mais três circulares, no braço direito, na sua face posterior. Todas elas conservam a sensibilidade intacta e nenhuma delas é furfurácea. Não tem coriza.
*Exame bacteriológico*: Muco nazal: Negativo.
II Sobrinha:
*Exame clínico*: Apresenta uma mancha acrómica na face interna do joelho direito. Não é furfurácea, nem apresente alteração da sensibilidade. Não tem coriza.
*Exame bacteriologico*: Muco nazal: Negativo.

*Resumo*

Ambas as pessoas examinadas, apresentam lesões cutâneas mínimas, provávelmente, leprosas. Exame bacteriológico negativo.

### Entourage da Obs. II

Família de mais de 4 pessoas: Mulher e 3 filhos.
Examinadas 3 pessoas, por um dos filhos estar ausente.

*Resultado do exame* ( E. Gracias )

Clínica e bacteriológicamente, negativo em todas.

*Resumo*

De 3 pessoas examinadas, o resultado foi, clínica e bacteriológicamente, negativo em todas.

### Entourage da obs. III

Familia de mais três pessoas, mãe, irmã e irmão.

*Resultado do exame* ( S. Nazaré )

I—Mãe, viúva, de 40 anos.
*Exame clinico*: Apresenta, apenas, uma pequena mancha acrómica, irregular, por baixo do lábio inferior, ao lado di-

eito do queixo, ao cujo nível, porém, conserva intactas todas as sensibilidades.

*Exame bacteriologico* : Muco nazal : Negativo.

II—Irmã, casada, de 17 anos, sifilítica.

*Exame clinico* : Uma pequenina mancha acrómica, lenticular, na região lombar esquerda e uma outra mancha escura irregular, no epigástro ; as sensibilidades, porém, conservam-se normais.

*Exame bacteriológico*: Mucus nasal—Negativo. Líquido de puncção dum gânglio sub-maxilar inflamado—Positivo.

É um caso de lepra ganglionar latente.

III—Irmão, 17 anos, linfático.

Vide Obs. IV.

*Resumo*

Em 3 pessoas examinadas, encontrou-se um caso de lepra latente gânglionar e um de lepra maculosa, frusta sem excreção bacilar.

**Entourage da Obs. V**

Família de mais 7 pessoas—pais, três irmãos e duas irmãs casadas.

*Resultado do exame* ( S. Nazaré )

I—Pai, 80 anos, barbeiro.

*Exame clinico* : Apresenta duas manchas acrómicas, na região supra-maleolar do pé direito e uma outra no joelho do mesmo lado. Sensibilidades normais ao seu nível. São lesões, provávelmente, de vitíligo.

*Exame bacteriologico :* Muco nasal : Negativo.

II—Mãe, de 50 anos :

*Exame clinico*: Largas manchas acrómicas, com sensibilidades normais, nas faces e no mento.

*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Negativo.

III—Irmão de 25 anos, barbeiro: Indene.

IV—Irmão, de 22 anos: Vide obs. V1. É um caso de lepra máculo-eritematosa, sem excreções bacilíferas.

V—Irmão, de 15 anos, aprendiz de alfaiate.

*Exame clinico* : Larga mancha acrómica, furfurácea, no abdómen e cinco pequeninas manchas pardas no dorso.

*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Negativo.

É um caso suspeito.

O doente tem mais duas irmãs casadas.

*Resumo*

De cinco pessoas examinadas, uma é um caso de lepra máculo-eritematosa, sem excreções bacilíferas e uma é suspeita.

### Entourage da obs. VII

Família de mais nove pessoas—marido, sete filhos e uma criada.

*Resultado do exame* ( S. Nazaré )

I—Marido, 65 anos : Vide obs. VIII. É um caso de lepra maculosa

II—Filho, de 26 anos, solteiro : Indene

III—Filho. de 18 anos, estudante : Indene.

IV—Filho, de 15 anos, estudante : Vide obs. IX. Lepra maculosa.

V—Criada, de 20 anos, solteira : Indene.

Quatro filhos e duas filhas casadas ausentes. Uma destas filhas é leprosa e vive em Bombaim, com o marido.

*Resumo*

Em cinco pessoas examinadas, descobriram-se dois casos de lepra maculosa, ambos sem excreções bacilares.

### Entourage da obs. X

8 filhos todos ausentes.

### Entourage de um leproso de Comba falecido há sete anos

Família de mais cinco pessoas—pais, dois irmãos e uma irmã.

*Resultado do exame*

I—Pai, de 52 anos, carpinteiro : Indene

II—Mae, de 45 anos : Indene

III—Irmão, de 17 anos: Indene

IV—Irmão, de 10 anos:

*Exame clinico* : Apresenta uma grande mancha cicatricial no malar direito, uma mancha acrómica no glútio esquerdo, extendendo-se ao terço superior da côxa do mesmo lado, uma mancha acrómica no bôrdo cubital e na face posterior do antebraço esquerdo e, finalmente, cicatrizes acrómicas na região supra-orbitária direita e no dôrso da mão do mesmo lado. As sensibilidades térmicas e dolorosas estão abolidas nas manchas do malar direito e no terço superior da côxa esquerda. Este rapaz nasceu durante a vida do irmão leproso a cnjos cuidados estava entregue.

Exame bacteriológico : Muco nasal : Negativo

É um caso de lepra frusta sem excreção bacilar.

V—Irmã, de 6 anos, linfática : Indene

*Resumo*

Em cinco pessoas examinadas, descobriu-se um caso de lepra frusta, sem excreções baciliferas.

**Entourage de um leproso falecido em 1 de Junho de 1924**

Familia de mais duas pessoas, mulher e uma filha: Indenes

**Entourage de dois casos de lepra: mãe, falecida há 25 e irmã há sete meses**

Mais uma pessoa, irmã de 42 anos, jornaleira: Indene.

AIDEIA DE NUVÉM

**Entourage da Obs. XI**

Família de mais 5 pessoas: Mãe, irmão, cunhada e dois sobrinhos. Examinadas 4 pessoas. O irmão esteve ausente.

*Resultado do Exame* (E. Gracias)

I—Mãe:
*Exame clinico*: Apresenta finas máculas acrómicas, na metade inferior da face esquerda, ao nível das quais, não apresenta perturbação de sensibilidade. Não tem coriza clínicamente, apreciável.
*Exame bacteriológico*: Muco nasal: Positivo.
II—Três outras pessoas:
*Exame clinico*: Nenhuma lesão apreciável.
*Exame bacteriologico*: Muco nasal: Negativo.

*Resumo*

Em 4 pessoas do entourage, examinadas, encontou-se uma forma frusta, com manifestações clínicas minimas, confirmada pelo exame bacteriológico do muco nasal.

**Entourage da Obs. XII**

Família de mais 9 pessoas: Mãe, dois irmãos, duas cunhadas e 4 sobrinhos. Examinadas todas as nove.

*Resultado do Exame* (E. Gracias)

I—Mãe:
*Exame clinico*: Não apresenta nenhuma lesão apreciável. Nâo tem coriza.

*Exame bacteriologico*: Muco nasal: Positivo.

II—Irmão.

*Exame clinico*: Nenhuma lesão apreciável. Não tem coriza.

*Exame bacteriologico*: Muco nasal: Positivo.

III—Irmão.

*Exame clinico*: Apresenta uma mancha hipercrómica de orma, mais ou menos, rectangular, na região lombar, um pouco mais para a esquerda do que para a direita. A mancha conserva intacta a sensibilidade. Não tem coriza.

*Exame bacteriologico*: Muco nasal: Positivo.

IV—Cunhada.

*Exame clinico*: Não apresenta nenhuma lesão apreciável. Não tem coriza.

*Exame bacteriologico*: Muco nasal: Negativo.

V—Cunhada.

*Exame clinico*: Nenhuma lesão apreciável. Não tem coriza.

*Exame bacteriologico*: Não o fiz, por não apanhar muco nasal.

VI—Sobrinha.

*Exame clinico*: Nenhuma lesão apreciável, não tem coriza.

*Exame bacteriologico*: Muco nasal: Positivo.

VII—Sobrinho.

*Exame clinico*: Nenhuma lesão apreciável. Não tem coriza.

*Exame bacteriologico*: Muco nasal: Negativo.

VIII – Sobrinho.

*Exame clinico*: Nenhuma lesão apreciável. Não tem coriza.

*Exame bacteriologico*: Muco nasal: Negativo.

IX – Sobrinho.

*Exame clinico*: Nenhuma lesão apreciável. Não tem coriza.

*Exame bacteriologico*: Não o fiz. Era uma criancinha de mêses, e não consegui colher o muco nasal.

*Resumo*

Em 9 pessoas, foi feito o exame do muco nasal em 7, e destas, 4 apresentaram resultado bacteriológico positivo. Três, sem nenhuma manifestação clínica apreciável, nem mesmo coriza, e uma com mancha hipercrómica que passa despercebida.

**Entourage da Obs. XIII**

Família de mais 6 membros: 2 filhos, 1 irmão, 1 cunhada e 2 sobrinhos.

Examinadas 4 pessoas. As outras estiveram ausentes.

*Resultado do Exame* (E. Gracias)

*Exame clinico e bacteriologico*: Negativo em todas.

*Resumo*

Em 4 pessoas examinadas, todos os casos, clinica e bacteriológicamente, negativos.

ALDEIA DA RAIA

**Entourage da Obs. XIV**

Família de mais de 6 pessoas : Mãe, mulher e 4 filhos. Examinadas todas as 6.

*Resultado do exame* ( E. Gracias )

Clínica e bacteriológicamente, negativo em todas.

*Resumo*

Em 6 pessoas examinadas, o resultado foi, clínica e bacteriológicamente, negativo em todas.

N. B. Uma irmã deste doente, casada em Rachol, está atacada de lepra frusta sem nenhuma manifestação clínica, mas, apenas, com rinite bacillífera. Tem o sogro, também leproso ( *S. Nazaré e A. d'Araújo* ).

**Entourage da Obs. XV**

Família de mais 7 pessoas, mulher, uma filha, pai, mãe, um tio, uma tia e uma prima. Foram examinadas todas as sete.

*Resultado do Exame* ( S. Nazaré e A. de Araújo )

I – Mulher, de 25 anos.
*Exame clinico e bacteriologico* : Negativo.
II—Filha de 2 anos de idade.
*Exame clinico* : Negativo.
*Exame bacteriologico* : Positivo, bacilos raros.
III – Pai :
Clinica e bacteriológicamente negativo.
IV—Mãe :
Clinica e bacteriológicamente negativa.
V—Tio :
*Exame clinico e bacteriologico* : Negativo.
VI—Tia :
*Exame clinico* : Mancha hepergigmentada e lusidia no rôsto, com ligeiras perturbações de sensibilidade.
*Exame bacteriologico* : Muco nazal. Positivo.

*Resumo*

Em sete pessôas examinadas encontraram-se dois casos de

lepra frusta, um com um minimo de sinais clinicos, e o outro sem nenhuma manifestação clinica apreciável.

ALDEIA DA ILHA DE RACHOL

**Entourage da Obs. XVI** ( S. Nazaré )

Duas pessôas: Marido e filha. O primeiro não se apresentou ao exame e a segunda, casada, está ausente.

**Entourage da Obs. XVII** (S. Nazaré)

Uma só pessoa, filho que está ausente.

**Entourage da Obs. XVIII**

Familia de mais nove pessoas : Mulher, três filhos, três noras, um neto e uma filha.

*Resultado do exame* ( S. Nazaré )

I—Mulher, de 50 anos : Indene.
II—Filho, de 26 anos, casado, jornaleiro: Ausente em Bardês.
III—Filho, de 25 anos, casado, jornaleiro : Ausente em Bardês.
IV—Filho, de 24 anos, casado : Ausente.
V—Nora, de 20 anos : Ausente.
VI—Nora, de 20 anos : Indene.
VII—Nora, de 17 anos : Indene.
VIII—Neto, de 23 dias : Indene.
IX—Filha : Ausente em Bardes.

*Resumo*

Quatro pessoas examinadas, todas indenes.

**Entourage da Obs. XIX**

Familia de mais três pessôas, mãe e dois irmãos.

*Resultado do Exame* (S. Nazaré )

I—Mãe, de 34 anos : Indene.
II—Irmão de 12 anos : Indene.
III—Irmão, de 6 anos : Indene.

*Resumo*

Três pessôas examinadas todas indenes.

## ALDEIA DE BENAULIM

### Entourage da Obs. XX

Familia de mais 7 pessôas: Mulher, 2 filhos e 4 netos.
Examinadas 6 pessoas, por um dos filhos estar ausente.

*Resultado do exame* (E. Gracias)

I—Mulher.
*Exame clinico*: Apresenta 3 manchas negras nas costas. Não são furfuráceas. Parecem incidir sôbre antigas cicatrizes de vesicatório. Sensibilidade conservada. Não tem coriza.
*Exame bacteriológico*: Muco nasal: Positivo.
II—Filho.
*Exame clinico*: Apresenta uma mancha grande e irregular na parte média do lábio inferior. Várias manchas nas costas, faces laterais do pescoço e no peito. Sensibilidade conservada. Não tem coriza.
*Exame bacteriologico*: Muco nasal: Negativo.
III—4 Netos.
*Exame clinico*: Negativo em todos.
*Exame bacteriologico*: Muco nasal: Negativo em todos.

*Resumo*

Em 6 pessoas examinadas, duas apresentam lesões clínicas mínimas e destas só uma confirmada bacteriológicamente.

### Entourage da Obs. XXI

Família de mais de 2 pessoas: Mãe e irmão.
Examinada uma pessoa, por o irmão estar ausente.

*Resultado do exame* (E. Gracias)

I—Mãe.
*Exame clinico*: Nenhuma lesão apreciável. Não tem coriza.
*Exame bacteriologico*: Muco nazal: Negativo.

*Resumo*

Uma pessoa examinada e o resultado negativo, quer clínica, quer bacteriológicamente.

### Entourage da Obs. XXII

Família de mais 4 pessôas: Mulher e 3 filhos.
Examinadas 3 pessoas, por um dos filhos estar ausente.

*Resultado do Exame* (E. Gracias)

I—Mulher:
*Exame clinico*: Nenhuma lesão apreciável. Não tem coriza.
*Exame bacteriológico*: Muco nazal: Negativo.
II—Filha:
*Exame clinico*: Nenhuma lesão apreciável. Não tem coriza.
*Exame bacteriologico*: Não se apanhou muco nazal.
III—Filho:
*Exame clinico*: Apresenta uma mancha hipercrómica na região lombar. Sensibilidade conservada. Não tem coriza.
*Exame bacteriologico*: Muco nasal: Negativo.

*Resumo*

Em 3 pessoas examinadas, só uma apresenta lesões clinicas mínimas, sem serem confirmadas pelo laboratório.

ALDEIA DE COLVÁ

**Entourage das Obs. XXIII XXIV e XXV**

Familia de mais 3 pessoas: Mãe, pai e tia.
Examinadas 2 pessôas por o pai estar ausente.

*Resultado do Exame* (E. Gracias)

I—Mãe.
*Exame clinico*: Apresenta máculas hipercrómicas furfurácias, na face anterior de ambas as pernas. A sensibilidade conserva-se normal. Não tem coriza.
*Exame bacteriologico*: Muco nasal: Negativo.
II—Tia.
*Exame clinico*: Nenhuma lesão apreciável. Não tem coriza.
*Exame bacteriologico*: Muco nasal: Negativo.

Em 2 pessoas examinadas, uma apresenta lesões clínicas mínimas sem serem confirmadas pelo laboratório.

**Entourage da Obs. XXVI**

Família de mais 1 pessôa: Mãe
Examinada uma pessoa.

*Resultado do exame* (E. Gracias)

Mãe.
*Exame clinico*: Nenhuma lesão apreciável. Não tem coriza.
*Exame bacteriologico*: Muco nasal: Negativo.

*Resumo*

Uma pessôa examinada e esta apresenta resultado negativo, tanto ao exame clínico como bacteriológico.

ALDEIA DE NAVELIM

**Entourage da obs. XXVII**

Uma pessôa, mãe, de 45 anos: Indene. (S. N.)

ALDEIA DE BETALBATIM

**Entourage da obs. XXVIII**

Família de mais quatro pessoas: Pai, mãe e duas irmãs.

*Resultado do exame* (S. Nazaré)

I—Pai, de 50 anos, fabricante de cal.
*Exame clinico*: Erupção eritematosa na perna esquerda.
*Exame Bacteriológico*: Muco nasal: Negativo.
II—Mãe—Indene.
As irmãs estão ausentes.

*Resumo*

Duas pessoas examinadas, ambas negativas.

**Entourage da obs. XXIX**

Família de mais duas pessoas, mulher e um filho.

*Resultado do exame* (S. Nazaré)

I—Mulher, de 32 anos.
*Exame clinico*: Escamas escuras e furfurácias nos antebraços, côxas e pernas; e manchas escuras nos malares. As sensibilidades, porém, são normais.
*Exame bacteriológico*: Muco nasal: Positivo, bacilos raros e isolados.
II—Filha, de 12 anos: Ausente.

*Resumo*

Em uma pessoa examinada, constatou-se um caso de lepra eritematosa (?) com excreções bacilíferas.

**Entourage da obs. XXX** ( S. Nazaré )

Uma só pessôa—filha de 16 anos : Indene.

**Entourage da obs. XXXI**

Família de mais sete pessoas – dois filhos, uma irmã, uma cunhada e três sobrinhos.

*Resultado do exame* ( S. Nazaré )

I—Filhos : Ausentes.
II—Irmão de mais de 20 anos : Indene
III—Cunhada, mulher do precedente, 28 anos : Indene.
IV—Sobrinha, de nove anos : Indene.
V—Sobrinha, de sete anos : Indene.
VI—Sobrinha, de 16 meses : Indene.

*Resumo*

Cinco pessoas examinadas, todas indenes.

**Entourage da Obs. XXXII**

Família de mais quatro pessoas—genro, filho e dois netos.

*Resultado do exame* ( S. Nazaré )

I—Genro, de 46 anos : Indene.
II—Filha, de 27 anos : Indene.
III—Neto, de 7 anos : Indene.
IV—Neto, de 15 anos.
Não pôde ser examinado, por estar com tifoide.

*Resumo*

Três pessoas examinadas, todas indenes.

**Entourage da Obs. XXXIII**

Família de mais quatro pessoas—mulher, dois filhos e uma nora—Não se apresentaram ao exame.

ALDEIA DE SÃO JOSÉ DO AREAL

**Entourage da Obs. n.º XXXV**

Mais uma pessoa—filha casada : Ausente.

**Entourage da Obs. XXXVI** ( S. Nazaré )

Mais duas pessoas — mulher e filho.

*Resultado do exame* ( S. Nazaré )

I—Mulher, de 32 anos : Indene.
II—Filho, 9 anos, pastor : Ausente.

*Resumo*

Uma pessoa examinada : Indene.

## ALDEIA DE UTORDÁ

**Entourage da Obs. XXXVII e XXXVIII**

Familia de mais três pessoas marido e duas filhas.

*Resultado do exame (* S. Nazaré )

I—Marido, de 45 anos, jornaleiro.
*Exame clinico* : Larga mancha acobreada, irregular, de bordos salientes, no flanco esquerdo, conservando, porém, intactas, as sensibilidades.
*Exame bacteriológico* : Muco nazal : Positivo, bacilos raros e isolados.
II—Filha, de 15 a 16 anos : Indene.
III—Filha, de 8 a 9 anos : Indene.

*Resumo*

Em três pessoas examinadas, encontrou-se um caso de lepra frusta, maculosa (?) com excreções bacilíferas.

## CONCELHO DE BARDÊS

## VILA DE MAPUÇÁ

**Entourage da Obs. LXI**

Família dé 3 pessoas: Mulher, filha e pai. Não pôde ser examinado o pai.

*Resultado do exame*

I--Mulher
*Exame clinico e bacteriológico* : Negativo.
II—Filha, 4 a 6 anos :

*Exame clinico e bacteriológico* : Negativo.

*Resumo*

Duas pessoas examinadas, ambas negativas.

ALDEIA DE ASSAGÃO

**Entourage da Obs. LXVI** (*a*) (*A. Araujo*)

Familia de mais três pessôas, mãe, uma irmã e um sobrinho.

Examinadas todas as três, clínica e bacteriológicamente, negativas.

*Resumo*

Três pessôas examinadas todas indenes.

ALDEIA DE CALANGUTE

**Entourage das Obs. LXVII e LXVIII**

Familia de mais duas pessôas, mulher e uma filha

*Resultado do exame*

I—Mulher, 35 a 40 anos :

*Exame clinico* : Mancha hipercrómica, untuosa com diestesia, no dorso do nariz.

*Exame bacteriológico* : Muco nasal : Positivo, bacilos isolados, tendo-se encontrado um *globie.*

II—Filha, 16 a 17 anos.

*Exame clinico* : Nada de importante.

*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Positivo, bacilos isolados.

*Resumo*

Em duas pessôas examinadas, encontraram-se dois casos de lepra frusta com excreções bacilares, um com mínimo de sintomas clínicos e outro que passaria completamente despercebido sem exame bacteriológico.

**Entourage da Obs. LXIX**

Mais duas pessoas : Um irmão e uma criada.

*Resultado do exame* ( J. Cabral )

I—Irmão

*Exame clinico* : Pequenas manchas acrómicas anestésicas no dorso.

*Exame bacteriológico* : Muco nasal : Positivo.

II – Criada :

Negativa ao exame clínico e bacteriológico.

*Resumo*

Em duas pessoas examinadas, encontrou-se um caso do lepra frusta, com sintomas clínicos mínimos e riníte positiva.

## ALDEIA DE CANDOLIM

### Entourage das Obs. LXX e LXXI

Familia de mais duas pessôas, pai e uma irmã.

*Resultado do exame* ( A. Araújo )

I—Pai.

*Exame clinico* : Rôsto, com ligeira rarefacção dos supercílios, na extermidade externa das arcadas orbitárias.

Uma mácula extensa, eritematosa, de contornos irregulares, mais ou menos ovalar, situada na região sub-escapular direita, extendendo-se, no sentido de comprimento, até á crista iliaca do mesmo lado e, transversalmente, até a região lateral direita do torax, podendo-se considerar como seu limite anterior a linha axilar média direita. Mancha eritematosa ovalar com extensão de $^{5}/_{3}$ c.$^{m}$ no ângulo inferior da omaplata direita ; os dedos da mão esquerda dispostos em leque, com tendência para garra. Atrofias das eminencias ténar e hip ténar ; espaços intermetacarpianos deprimidos, em especial os primeiros.

Leprides eritematosas nas faces posteriores das côxas, lusidias, começando a 3 cm. das pregas glútias, e extendendo-se até a união do terço medio com o inferior. Sensibilidades dolorosa e térmica, atenuadas nas placas e na mão esquerda, onde o doente queixa-se de formigueiros constantes. Cubitais normais.

*Exame bacteriológico* : Muco nasal : Cocus acido-resistentes abundantes. E' curioso notar que o filho, leproso evidente, tem igualmente além de bacilos, cocus da mesma espécie na rinite e nos nódulos.

II—Irmã, de 18 anos.

*Exame clinico* : Nada de importante.

*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Negativo. Serosidade dum gânglio cervical : Negativa.

*Resumo*

Em duas pessôas examinadas, encontrou-se um caso de lepra máculo-nervosa.

**Entourage das Obs. LXXII e LXXIII**

Mais uma pessoa, mãi.

*Resultado do exame* ( A. Araújo )

Mãi, de 45 a 48 anos.
Clínica e bacteriológicamente negativa.

*Resumo*

Uma pessoa examinada. Negativa ao exame clínico e bacteriológíco.

ALDEIA DE VERÉM

**Entourage da Obs. LXXIV**

Família de três pessôas, mãe e duas tias; uma destas é casada em Nerul, frequentando, porém, a casa do doente.

*Resultado do exame* (A. Araújo)

I—Mãe, de 40 a 42 anos :
*Exame clínico* : Mancha, eritematosa, numular, insensível, no malar direito.
*Exame bacteriológico* : Muco nasal : Positivo.
II—Tia
*Exame clínico* : Negativo.
*Exame bacteriológico* : Muco nasal : Positivo.
III—Tia :
Clínica e bacteriológicamente negativa.

*Resumo*

Em três pessôas examinadas, encontraram-se doiscasos de lepra frusta, ambos com rinite positiva e um deles com um mínimo de lesões clínicas.

**Entourage da Obs. LXXV**

Este doente mora na família dum pescador que tem mulher e um filho.

*Resultado do exame* ( A. Araújo )

I—Pescador, 30 a 32 anos.
*Exame clinico* : Negativo.
*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Positivo.
II—Mulher, 25 a 26 anos ;
*Exame clinico* : Negativo.
*Exame bacteriologico* : Muco nasal: Positivo.
III—Filho, de 4 a 5 anos.
*Exame clinico* : Negativo.
*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Positivo.

*Resumo*

Três pessoas examinadas, todas bacteriológicamente positivas, sem sinais clinicos.

**Entourage da Obs. LXXVII**

Mais uma pessoa, mulher, de 35 a 40 anos.

*Resultado do exame*

*Exame clinico* : Muco nasal : Negativo.
*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Positivo.

*Resumo*

Uma pessoa examinada, bacteriológicamente positiva.

## CONCELHO DAS ILHAS

### ALDEIA DE SANTA BÁRBARA

**Entourage da obs. LXXIX**

Família de mais duas pessoas: Mulher e um filho.

*Resultado do exame* ( A. Araujo )

I—Mulher: Exame clínico e bacteriológico negativo.
II—Filho, 4 a 6 anos:
*Exame clinico* : Negativo.
*Exame bacteriologico*: Muco nasal : Negativo. Suco dum gânglio de virilha : Negativo.

*Resumo*

Ambas as pessoas examinadas, negativas ao exame clinico e bacteriológico.

### Entourage da Obs. LXXX

Família de mais duas pessoas : Mulher e um filho.

*Resultado do exame* (A. Araújo)

I—Mulher : Exame clínico e bacteriológico negativo.
II—Filho, 6 a 7 anos : Negativo quer ao exame clinico, quer bacteriológioo.

*Resumo*

Ambas as pessoas examinadas são negativas, quer ao exame clinico, quer bacteriológico.

### Entourage da Obs. LXXXIII

Família composta de dez membros ; examinados todos os dez : quatro sobrinhos, quatro sobrinhas, uma cunhada e um neto sobrinho.

*Resultado do exame* ( A. Araújo )

I—Sobrinho :
*Exame clinico* : Negativo.
*Exame bacteriologico :* Muco nasal : Raros bacilos de Hansen e abundantes cocus acido resistentes—Suco dum gânglio da virilha : Negativo.
II—Sobrinho
*Exame clinico* : Rarefacção pronunciada das sobrancêlhas, Leprides tuberculosas, hiperestésicas, no mento.
*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Positivo. Bacilos em *globies.*
III—Sobrinho, solteiro
*Exame clinico* : Zonas hiperpigmentadas, no nariz e na testa. Infiltração eritematosa, com diminuição das sensibilidades, nas faces externas das côxas, cujas faces internas têm zonas hiperestésicas, alternando com espaços de sensibilidade atenuada. Hipersensibilidade das plantas. Nos membros superiores existem, igualmente, zonas com perturbações de sensibilidade : Os bordos internos são normais, ao passo que toda a restante superficie é hipertésica, inclusivé as palmas. Começo de retracção tendinosa nos três últimos dedos da mão direita e em todos da esquerda. A região inter-escapular apresenta-se hipersensível, encontram-se placas de anestesia nas espáduas.
*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Positivo.
IV—Sobrinho,
*Exame clinico* : Negativo.
*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Negativo Suco. dum

gânglio da virilha : Negativo.

V—Sobrinha, mulher do n.º I : Exame clínico e bacteriológico negativo.

VI—Sobrinha, mulher do n.º II

*Exame clinico* : Negativo.

*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Negativo. Suco dum gânglio de virilha : Negativa.

VII—Sobrinha, irmã do n.º I

*Exame clinico e bacteriologico* : Negativos.

VIII—Sobrinha : *Exame clinico e bacteriologico*: Negativos.

IX—Cunhada, mãe do n.º III.

*Exame clinico* : Manchas hiperpigmentadas nas faces. Não se pode afirmar que sejam específicas, tanto mais que foi impossível pesquisar a sensibilidade, por má fé da doente.

*Exame bacteriológico* : Muco nasal : Negativo.

X—Neto sobrinho, filho do n.º II.

*Exame clinico* : Negativo.

*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Negativo. Suco dum glanglio de virilha : Negativo.

*Resumo*

Em dez pessoas examinadas, encontraram-se três casos de lepra frusta, dois com sintomas clínicos que passam despercebidos, sem um exame atento, e um sem nenhuma manifestação clínica. Em quatro pessoas, fez-se a puncção ganglionar que em todos foi negativa.

## Entourage da Obs. LXXXV

Família composta de 14 membros : Mulher, dois filhos, pai, dois irmãos, duas cunhadas e cinco sobrinhos.

Foram examinadas seis pessoas, não tendo sido possível examinar o pai, um filho e os cinco sobrinhos.

*Resultado do Exame* (A. Araújo )

I—Mulher

*Eaxme clinico* : Afrofia sensível das eminências musculares das mãos, com esbôço de garra nos dedos mínimos.

*Exame bacteriológico* : Muco nasal : Positivo.

III—Filha : Exame clínico e bacteriológico : Negativo.

III—Irmão

*Exame clinico* ; Ligeira infiltração na testa e no dorso do nariz. Cubital direito hipertrofiado e hipersensível. Eritema na região inter-escapular.

*Exame bacteriológico* : Muco nasal : Negativo.

IV—Irmão :

*Exame clinico* : Negativo.

*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Negativo. Suco dum gânglio de virilha: Negativo.

V --Cunhada, mulher do n.º III
*Exame clinico* : Negativo.
*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Positivo.
VI—Cunhada, mulher do n.º IV
*Exame clinico* : Negativo.
*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Negativo.

*Resumo*

Em 6 pessoas examinadas, encontraram-se três casos de lepra frusta, um com excreção bacilar, e com um mínimo de sintomas clínicos, outro só com excreção bacilar,sendo o terceiro um caso de lepra evidente, no início, com rinite negativa. A punção ganglionar foi feita em uma pessoa, tendo sido negativa.

**Entourage da Obs. LXXXVI**

Família de mais duas pessoas : Filho e nora. Examinada uma só pessoa.

*Resultado do Exame* ( A. Araújo )

I—Filho,
*Exame clinico* : Negativo.
*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Positivo. Bacilos raros e isolados.

*Resumo*

Uma pessôa examinada. Encontrou-se um caso de lepra frusta, sem manifestações clínicas.

* * *

Foram examinadas mais três famílias de Santa Bárbara, remetidas ao Instituto, como tendo membros leprosos. A família I é hindú, vivendo, relativamente apartada dos leprosos, num bairro contiguo. As familias II e III são de *curumbins*, em intima comisturação com os doentes.

**Família n.º I**

Composta de 6 membros : Pais, três filhos e uma nora.

*Resuldado do exame* ( A. Araújo )

I - Pai :
*Exame clinico* : Negativo
*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Positivo. Suco dum

gânglio da virilha: Negativo

II—Mãe :

Negativa ao exame clínico e bacteriológico.

III—Filho :

*Exame clinico* : Nenhuma manifestação leprosa.

*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Negativo. Serosidade dum gânglio da virilha : Positiva

IV—Filho :

*Exame clinico* : Sarna.

*Exame bacteriologico* : Muco nasal: Negativo.

V—Filho :

Negativo ao exame clínico e bacteriológico.

VI – Nora :

Negativo ao exame quer clinico, quer bacteriológico.

*Resumo*

Em 6 pessoas examinadas, encontraram-se dois casos de lepra, um de frusta sem manifestações clinicas e outro de latente ganglionar. Este último é um individuo, robusto de 25 a 26 anos, não apresentando nenhuma lesão clínica, nem rinite positiva.

**Família n.º II**

Composta de 4 membros : pais, filho e nora.

*Resultado do exame* ( A. Araújo )

I—Pai,

Negativo ao exame clínico e bacteriológico.

II—Mãe : Idem.

III—Filho :

*Exame clinico*: Extensa superficie de descamação, no tronco e nos membros, séde primitiva duma erupção, cujo tipo é impossivel reconhecer por causa da aplicação tópica dum óleo vegetal cáustico. É provável que estas lesões sejam de origem sifilítica. Não foi possível fazer estudo mais detalhado.

*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Negativo.

IV—Nora :

Negativa ao exame clínico e bacteriológico.

*Resumo*

Quatro peasoas examinadas, todas indenes.

**Familia n.º III**

Composta de dois irmãos e uma irmã.

*Resultado do exame* (A. Araújo)

Irmão :
*Exme clinico* : Negativo.
*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Positivo.
Irmão, 6 a 8 anos.
*Exame clinico* : Negativo.
*Exame bacteriologico* : Muco nasal: Negativo. Suco dum gânglio de virilha : Negativo.
Irmão, 8 a 10 anos.
*Exame clinico* : Negativo.
*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Negativo. Serosidade dum gânglio ( virilha ): Negativa.

*Resumo*

Em três pessoas examinadas, encontrou-se um caso de lepra frusta, sem nenhuma perturbação, clínicamente, apreciável.

## CIDADE DE NOVA GOA

Senhora, de 20 a 22 anos, de classe culta, familia remediada.

*Exame clinico* : A doença começou há 6 meses por uma pequena placa acrómica na face externa da perna direita, seguida, logo depois, por uma outra na face dorsal do ante-braço esquerdo, tendo de dimensões 5/3 cm. 3/3 cm., respectivamente. Nestas manchas a sensibilidade tactil conserva-se intacta, estando, porém, abolidas a térmica e a dolorosa.

*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Negativo. Frottis dum fragmento biópsico da placa da perna : Negativo.

O entourage, composto da mãe e um irmão, foi detidamente examinado, não se tendo encontrado mais casos positivos. (F . M. )

**N. B.**—Suspeita-se que este caso tivesse a sua origem nos lavandeiros de Sta. Bárbara, um dos quais foi examinado, tendo-se provado indene. Seria conveniente proceder a um inquérito mais largo, neste sentido, inquérito que não pudemos levar a cabo por dificuldades de toda a ordem, especialmente pela repugnancia destas famílias a se submeterem ao exame.

Os resultados obtidos nas famílias I e III apoiam, fortemente, a necessidade de êsse inquérito se não limitar ás famílias dos leprosos, mas extender-se, possívelmente, a todos os contactos.

# APÊNDICE

## (*SECÇÃO III*)

## Os nossos leprosos no estrangeiro

No momento em que nos lançamos no estudo da estatística de lepra do nosso território, mereceu-nos particular atenção o capítulo referente aos nossos leprosos internados no estrangeiro. Por informação oficiais soubemos que se achavam, actualmente, internados nas leprosarias da India Inglesa, 55 goeses doentes, dos quais 1 em Matunga, 1 em Belgão e 53 em Vingurlá. Várias são as razões que nos levaram a fazer este estudo :

Em primeiro lugar nas leis sanitárias de mais de um país, um leproso estrangeiro é objecto de medidas especiais. Assim, na Gran-Bretanha cujos princípios, naturalmente, se reflectem na legislação em uso nas suas colónias, o leproso extrangeiro é considerado *indesejável* pela British Aliens Act and Order de 1910 e, por conseqüência, não é permitido o seu desembarque. Na Colombia britânica os chineses leprosos são repatriados. Na Austrália os chineses e outros imigrantes de côr são isolados até que possam ser repatriados. Na Rússia Soviética o decreto 1V do Conselho des Comissários do Povo,publicado em Julho de 1923, estabelece no seu artigo 6.º :

« O Comissariado dos negócios extrangeiros é encarregado, em colaboração com os Comissariados de Saúde Pública e os Comissariados do Povo do interior, de tomar medidas de garantia contra a entrada, no território da República dos Soviets bem como no das Repúblicas aliadas, de doentes atingidos de lepra, provenientes do estrangeiro, e de concluir uma convenção com esses estados, para colaborar na luta contra a propagação da lepra ».

A lei brasileira de Setembro de 1920 é ainda mais drástica, pois que no seu artigo 423 estabelece que « nenhum leproso estrangeiro poderá penetrar no território nacional » e acrescenta « os que entrarem deverão ser repatriados. » O Ofício Internacional da Higiéne Pública, reunido em Paris, em 1914, resolveu que as medidas legislativas se devem resumir em declaração obrigatória, *surveillance* especial, isolamento e interdição do território aos leprosos estrangeiros.

A conferência de Strasburgo, sem ir tão longe como a lei brasileira, reconheceu, todavia, como artigo de Direito Internacional a proposição 1.ª aprovada por unanimidade e redigida pela seguinte forma :

«As prescripções legislativas concernentes á luta contra a lepra devem diferir segundo os paises aos quais se aplicam, mas em todos os casos é preciso proibir a entrada dos leprosos estrangeiros.» Não é preciso que nos alonguemos em largas considerações para demonstrar que a repatriação desses leprosos é uma conseqüencia lógica da restrição acima enunciada.

No momento em que, cumprindo o voto 6.º da Conferencia de Strasburgo, em que se pede á Liga das Nações para estabelecer uma estatística dos casos de lepra no mundo inteiro, nos lançamos neste estudo não nos podia passar despercebida a situação dos nossos leprosos, que por falta de meios adequados no nosso território, se foram acoutar á sombra da piedade dos estrangeiros.

Se estas razões de direito internacional nos levaram a visitar a leprosaria de Vingurlá, depressa nos convecemos de que, por motivos de toda a ordem, os nossos leprosos internados no estrangeiro não podiam ser por nós abandonados e que a nossa terra devia á sua infelecidade uma assistencia local e nacional.

Vimos com os nossos olhos o clarão de alegria que lhes iluminou o rôsto quando souberam que a nossa visita se prendia com medidas que o governo da sua terra tomaria para os acolher sob a sua protecção. São factores de ordem moral que não podemos despresar, no dever que nos impende de poupar mais martírios aos seus sofrimentos.

Junte-se a isto o facto, já sabido na *História da lepra*, de estes portugueses serem subsidiados, em terra estrangeira por uma instituição portuguesa; junte-se se o facto de o isolamento em Vingurlá, não ser obrigatório e os doentes poderem recolher ás suas casas a seu pedido ; junte-se o facto de nos ser desconhecido o paradeiro de tres desses doentes que voltaram a Goa e andam provávelmente a vagabuudear pelas aldeias, pois que se não encontram nos seus domicílios ; junte-se finalmente o facto de termos encontrado no entourage dos internados em Vingurlá, casos de lepra frusta e ver-se-há se não são justificadas as rasões que nos levaram a empreender este estudo.

A leprosaria de Vingurlá fica situada na encosta de um môrro, a uns 4 minutos da povoação mais próxima, da qual é separada por um extenso campo aberto.

Pavilhões separados segundo os sexos e o grau da doença—constituem o principio basilar dêsse estabelecimento. Uma cêrca de arame farpado limita uma área de quasi 100 metros quadrados onde ficam 3 pavilhões para homens, um para mulheres e um *cottage* de taipa para indús, com uma pequena casa

isolada, logo á entrada, para arquivo, repartição, sala de curativos e operações, e duas casas, situadas fóra da cêrca, para o médico assistente e para uma servente. O serviço interno é feito pelos próprios leprosos, exceptuando os grandes mutilados que têm o auxilio da servente. As cosinhas são anexas aos pavilhões que têm divisões especiais para os grandes mutilados, para os casos em início e para os casos intermediários. O pavilhão das mulheres não têm essas divisões, havendo, apenas, contíguo, um quarto para um casal leproso. Quási todos os leprosos são de Gôa, havendo, apenas, 6 ou 7 leprosos da Índia Inglesa. Empregam-se em trabalhos no interior do campo do isolamento cultivando cereais, fazendo estradas etc.

A base da sua alimentação é o arroz.

São visitados, duas, vezes por semana, pelo Dr. Goheen.

* * *

Á captivante gentileza do Dr. Goheen, a quem testemunhamos aqui os nossos mais sinceros agradecimentos, devemos o ter-nos proporcionado ocasião para obtermos as descrições que passamos a dar.

## *Leprosaria de Vingurlá*

### DOENTES DE SALSETE

**Obs. I** (*Alfredo Araújo*)

**Lepra mixta**

P. B., de Nuvém, de 20 anos, solteiro.

Adquiriu a doença, provàvelmente, ao pai que era leproso

*Periodo de Invasão*: Suores nocturnos, dispneia, anorexia e obstipação freqúente.

*Estado Actual*: Finas manchas acrómicas, não anestésicas na testa. Forte infiltração das orelhas, tubérculos confluentes nas mãos e nos dedos. Infiltração das pernas, cuja pele, na face anterior, se apresenta tensa e lusidia. Tubérculos nas faces dorsais dos pés e dos dedos. Começo de garra na mão esquerda, com infiltração do cubital do mesmo lado.

Cicatriz de úlcera plantar na pé esquerdo.

Estado geral: Miserável, caquético.

*Exame laboratoriais*—R. de Wassermann: Positiva. Rinite: Positiva.

**Obs. II** (*Alfredo Araujo*)

**Lepra mixta**

M. C., de 32 anos, solteiro, natural de Margão (Bordá).

Contágio provável dum leproso do mesmo bairro.

*Periodo de Invasão :* Erupção pruriginosa generalisada e dôres articulares contínuas.

*Estado Actual :* Manchas eritematosas no rôsto, malares, dorso do nariz e testa. Rarefacção das sobrancêlhas. Tubérculos confluentes no mento e nas orelhas, que se apresentam muito infiltradas. Finos tubérculos opalinos, distribuidos em grupos, na lingua. Lépride eritematosas, de variadas configurações, com pequenos intervalos de pele sã, no peitoral esquerdo. Manchas hiperpigmentadas, simétricas nas espáduas. Hipercromia do baixo ventre, todo hipersensível.

Nódulos confluentes, nos cotovêlos. Infiltração pouco intensa das faces externas dos ante-braços, com tubérculos individualisados. Onixis nos dedos.

Infiltração tuberculosa nos glútios e nas faces posteriores das côxas Pernas lusidias. Pés fortemente edemaciados.

*Aparelho genital* :—Orquite dupla, atrófica.

*Gânglios :* Enfartados nas virilhas.

*Sintomas nervosos* :—Dôres intermitentes nas zonas inervadas pelos cubitais, que não se apresentam infiltrados. Sensibilidades : Manchas do rôsto—abolição da térmica. Manchas hiperpigmentadas—abolição da térmica e da dolorosa. Zonas infiltradas ( ante-braços, côxas etc. ), atenuada a dolorosa e abolida a térmica. Mãos e pés—abolição da térmica e da dolorosa, com atenuação da tactil.

## Obs. III ( *Alfredo Araujo* )

### Lepra mixta

C. F., 48 anos, casado, natural de Colvá, sapateiro.

Morreu-lhe um irmão de lepra que, provávelmente, adquiriu a um vizinho.

*Periodo de Invasão :*—Cefalalgia intensa e contínua, dôres articulares, paresia e formigueiros nas mãos.

*Estado Actual :*—Raros tubérculos nos pavilhões das orelhas. Grande zona hiperpigmentada, que começando ao nível duma linha horisontal passando pelo ângulo inferior das omoplatas, ocupa toda a superficie destas, envolve por completo o pescoço até á raiz dos cabelos, termina na face, á direita á altura da arcada zigomática e á esquerda, ao nível do ramo ascendente do maxilar, e por baixo contornando as espáduas, numa lenta e sucessiva graduação,ao nível das claviculas. Este placard é entrecortado, de manchas acrómicas circulares de 7 cm. de diametro, na região inter-escapular, sendo contínuo noutras regiões. Grandes manchas hiperpigmentadas nos flancos, mais do lado direito que do esquerdo, e menores no baixo ventre. Garra total na mão direita, com hipercromia em todos os dedos, começando na parte média da face dorsal. Os músculos das mesmas mãos atrofiados. Garra do dedo mínimo na mão esquerda. Pernas profundamente infiltradas, tensas e lusidias. Pés edemaciados; coloração escuro-carregada. Dedos do pé esquerdo, desviados em massa, *en coup de vent*, com onixis.

*Gânglios* :—sem importância.

*Testículos :*—Sãos.

*Sintomas nervosos :*—Cubital direito infiltrado e monoliforme. Sensibilidades:—Todas as manchas hiperpigmentadas são hipersensiveis, os espaços acrómicos tem, uns, sensibilidades normais, outros, atenuadas. O bordo cubital do ante-braço e da mão direita tem perdido a térmica e a dolorosa. As pernas têm a termica abolida e os pés abolidas a térmica e a dolorosa.

## Obs. IV (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

A. B., casado, de 25 anos, agricultor, da Raia.

Ignora-se a proveniência e origem do mal.

*Periodo de invasão*—Artralgias, perturbações digestivas, anestesia no tornozêlo.

*Estado Actual*—Rarefacção das sobrancêlhas; tubérculos confluentes no lábio inferior e nas orelhas; começo de reabsorção da cartilagem do nariz, indicada pelo nariz *en lorgnette*. Hiperpigmentação generalisada do dorso, com máculas serpiginosas, de bordos salientes. Lesões idênticas, porém, menos pronunciadas nos peitorais. Uma lepride anular, de bordos eritematosos, logo abaixo do ângulo inferior da omoplata esquerda. Lesões eritematosas nas faces externas dos membros superiores, lusidios; pequenas ulceração nos dedos. Mínimos em garra. Infiltração, das pernas e dos pés.

Úlceras em alguns dedos dos pés, todos com onixis. Cicatrizes de úlceras plantares.

*Gânglios*—Virilhas, com alguns empastados.

*Testículos*—Nada de importante.

*Sintomas nervosos*—Cubitais infiltrados, sem nodosidades.

## Obs. V (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

J. S. F., natural de Benaulim, de 30 anos;

Não se apura o contágio. Não teve lepra na familia.

A doença começou há 7 a 9 anos.

*Periodo de invasão*: Corisa e epistaxis.

*Estado Actual*: Grandes nódulos, bem individualisados, nas orelhas, nariz, faces, lábios e mento. Infiltração difusa, geral, de todo o rôsto. Infiltração tuberculosa, com finas leprides eritematosas no tronco, em especial nas regiões anteriores. Infiltração tuberculosa, com placas de eritema nos membros superiores, atingindo o seu máximo nos dorsos das mãos, fortemente lusidias. Tubérculos confluentes nas bases dos dedos. Pequena úlcera na base do dedo minimo direito. Pernas infiltradas; pés, com infiltração ainda mais acentuada, apresentando duas úlceras simétricas na face plantar dos pequenos dedos.

*Sintomas nervosos*: Sensibilidades abolidas nos pés, conservando, porém, quási normais por todo o corpo.

*Ganglios*—Enfartados nas virilhas.

*Testiculos*—Sãos.

*Exame Bacteriológico*: B. de Hansen (muco nasal).

## Obs. VI (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

J. C., natural da Raia, de 15 anos, cavouqueiro.

Viveu no fóco de Arlém, desde criança.

*Periodo de invasão* : Começou há 8 a 9 anos por manchas avermelhadas, pelo corpo.

*Estado Actual :* Infiltração difusa no rôsto, predominando nos malares e tuberculos confluentes nos lábios, mento e orelhas. Uma extensa mancha hiperpigmentada, cúprica, cobre todo o rôsto. Facias tendendo para leonina. Lingua com um grupo de pequenos tubèrculos opalinos. Infiltração tuberculosa nos braços e nos ante-braços. Dedos em fusos e com garras esboçadas. Pernas e pés com pele hipotrófica, tensa e lusidia.

*Sintomas nervosos :* Diminuição do reflexo patelar.

Atenuação das sensibilidades no ante-braço direito e na mão do mesmo lado. Anestesia completa dos pés, com atenuação das sensibilidades nas pernas.

*Exames laboratoriais*—R. de Wassermann : Negativa. Muco nasal : Positivo.

## Obs. VII (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

P. R., natural de Colvá, de 25 anos, cavouqueiro.

Tinha um visinho leproso, a quem, provàvelmente, adquiriu o contágio. A doença começou há 8 anos.

*Periodo de invasão* : Coriza, epistaxis e anidrose em algumas regiões com sudação abundante em outras.

Rarefacção das sobrancêlhas. Infiltração difusa do rôsto, com tuberculos, em grupos e outros isolados, nas arcadas supraciliares, nariz, faces e mento.

Orelhas com abundantes tubérculos. Faces externas dos membros superiores, infiltradas e com numerosas lepri des tuberculosas e nódulos.

Extensas leprides eritematosas nas côxas. Infiltração intensa nas pernas. Edema dos pés.

*Sintomas nervosos* : Cubitais infiltrados, sem nodosidades palpáveis. Sensibilidades abolidas nas pernas e pés.

*Aparêlho genital :*—Testiculo direito infiltrado.

*Exames laboratoriais :* R. de Wassermann : Negativã. Muco nasal : Positivo.

## Obs. VIII (*Alfredo Araujo*)

### Lepra tuberculosa

P. F., de Nuvém, casado, 38 anos de idade, carpinteiro.

Viveu num fóco de lepra. Não se póde apurar quais tenham sido os sintomas iniciais. Duração : 3 a 5 anos.

*Estado Actual*—Inúmeros tuberculos confluentes na testa, malares, mento e labio inferior ; mais raros nas oreihas.

Os membros superiores, totalmente, invadidos por uma extensa infiltração tuberculosa com nódulos bem individualisados nos ante-braços e nas mãos. Os tuberculos são, em geral, penfigoides. Retração pronunciada do dedo minimo da mão direita. Leprides tuberculosas, não conflentes, nos flancos e nos glútios. Pés ligeiramente edemaciados, lusidios. Onixis nos dedos, infiltrados.

*Sintomas nervosos :* Diminuição das sensibilidades nas zonas infiltradas.

*Aparelho genital*—Testículo direito, com nodosidades.

*Ganglios*—Sem importância.

*Exame laboratoriais*—R. de Wassermann : Negativa. B. de Hansen : Positivo. ( Muco nasal ).

### Obs. IX (*Alfredo Araujo*)

**Lepra mixta**

L. G., de Nuvém, solteiro, 26 anos.

Adquiriu a doença a um leproso visinho. Duração : 4 a 9 anos.

*Periodo de invasão*. Não se apura a lesão inicial.

*Estado Actual*: Extensos nódulos no rôsto, orelhas, braços e pernas. Perturbações troficas, acentuadas, nos dedos, tumefeitos e ulcerados. Hiperqueratose das plantas.

*Sintomas Nervosos :* Abolição completa das sensibilidades nos ante-braços, mãos e pés. Atenuação no rôsto e no torax.

*Exame laboratoriais*—R. de Wassermann : Negativa. Bacilo de Hansen : Positivo ( rinite ).

### Obs. X ( *Alfredo Araujo* )

**Lepra mixta**

F. V., natural de Navelim, de 22 anos, solteiro, padeiro.

O pai foi leproso, tendo convívio prolongado com o filho. Doente há 7 anos.

*Periodo de Invasão* ; Manchas avermelhadas no tórax.

*Estado Actual* : Tubérculos nas orelhas e no dorso do nariz.

Grande *placard* hiperpigmentado, cúprico, com várias placas de eritema, ocupando todas as regiões anteriores do tronco. Mancha hipercrómica na espádua esquerda.

Extensa lepride eritematosa na região lombar. Dedo minimo da mão esquerda, em garra. Bastante melhorado, durante o último ano, tendo desaparecido o edema dos pés e reaparecido a sensibilidade em alguns regiões.

*Sintomas Nervosos* : O ante-braço esquerdo tinha perdido as sensibilidades dolorosa e térmica, porém, com o tratamento reapareceram as mesmas, tendo actualmente, uma pequena atenuação na região palmar, inervada pelo cubital. Idem nos pès, cujo bordos externos eram insensiveis á dor e ao calor.

*Exames laboratoriais* : Muco nasal: Positivo, 50 B. de Hansen, num campo microscópico.

### Ob. XI (*Alfredo Araujo*)

**Lepra mixta**

M. S. natural de Vernã, de 20 anos, solteiro, lavrador.

A avó era leprosa, vivendo, em comum, com a familia do doente.

*Periodo de Invasão :* Começou há 8 anos por manchas escuras nas pernas, epistaxis, dôres no cubital esquerdo.

*Estado Actual :* Infiltração difusa do rôsto, com placas de eritema nos malares e no nariz. Tubérculos nas orelhas. Infiltração tuberculosa nos ante-braços e dorsos das mãos- Dedos, fortemente, infiltrados, lusidíos.

Garra típica no 4.º e 5.º dedos da mão esquerda. Pernas e pés ligeiramente edemaciados e pigmentados de escuro. As manchas iniciais das pernas desapareceram por completo.

*Sintomas nervosos* :—Abolição de sensibilidade nas orelhas, no bordo cubital do ante-braço e mão esquerda, no bordo cubital da mão direita, nas faces externas da perna e do pé esquerdo.

*Exames laboratoriais* :—R. de Wassermann : Negativa. Bacilos de Hansen : quási vinte em cada campo microscópico.

### Obs. XII (*Alfredo Araujo*)

**Lepra mixta**

N. F., natural de Chandor, de 35 anos, casado, carpinteiro.

A proveniência do contágio é local. Tinha um vizinho leproso.

*Periodo de Invasão* —A doença começou, proximamente, há nove anos, por grandes manchas erimatosas nas faces internas das côxas.

*Estado Actual* :—Finos tubérculos, confluentes, no nariz e nos lábios. Hipotrófia da pele do tórax, eritema na região lombar. Grandes leprides tuberculosas nos glútios e nas faces externas das côxas. As manchas primitivas das faces internas das côxas, têm, ao presente, uma coloração cúprica e readquiriram a sensibilidade. Infiltração das pernas e edema nos pés, violácios. Dedos das mãos e dos pés com onixis. Bôlhas nas palmas.

*Sintomas nervosos* :—Cubitais hipersensíveis, á palpação. Sensibilidades abolidas nos ante-braços, pernas mãos e pés.

*Exames laboratoriais* :—R. de Wassermann : Positiva. B. de Hansen : 10 em 5 campos microscópicos ( rinite ).

### Obs. XIII (*Alfredo Araujo*)

**Lepra nervsoa**

M. F. F., natural de Colvá, 31 anos, casado, cavouqueiro.

*Periodo de Invasão* : Epistaxis e erupção generalisada pelo corpo. Doente há 3 a 4 anos.

*Estado Actual* : Hipotrofia dos pavilhões das orelhas, nariz deprimido *en lorgnette*. Garra no dedo minimo da mão direita. Eczematide na pele do dorso, hipersensível. Hipotrofia da pele dos membros que se apresentam untuosos e lusidios. Edema nos pés. Úlcera plantar na base do 3.º dedo esquerdo. Tem frequentes hemorragias gengivais e dôres nas articulações dos joelhos.

*Sintomas Nervosos* : Cubitais hipertrofiados, em especial o direito. Sensibilidades abolidas no bordo cubital da mão direita e atenuadas no mesmo bordo do ante-braço direito.

Hiperestesia no ante-braço esquerdo. Abolição das sensibilidades nos pés e no fundo da úlcera plantar.

*Exames laboratoriais* : R. de Wassermann : Negativa. B. de Hansen: Quasi mil em cada campo microscópico ( rinite )

### Obs. XIV (*Alfredo Araujo*)

**Lepra nervosa**

M. A. C., natural de Nuvém, 24 anos, solteiro, comer-

ciante.

Estudava no colegio de Arporá, tendo continuado os seus estudos em Bombaim e em Hubli, onde se lhe apontaram os primeiros sintomas da doença.

*Periodo de Invasão*—Começou, há sete anos, por manchas pelo tronco.

*Estado Actual*—Extenso *placard* hiperpigmentado, envolvendo o tronco; êsse placarde é entrecortado por várias pequenas manchas no dorso e, nas regiões anteriores, por três placas acrómicas assim dispostas: a 1.ª de bordos eritematosos, ocupando todo o peitoral esquerdo; a segunda, quadrilatera, plana, por baixo do mamilo direito e, finalmente, a 3.ª na região para-ombilical, correspondendo o umbigo ao centro desta mancha. Atrofias musculares e perda do movimento de oposição do polegar, em ambas as mãos. Garra no mínimo da mão direita e no segundo e quarto da esquerda. Pés esquerdo, *entassé*, em pata de elefante; polegar e o mínimo das mãos desviados, os restantes atrofiados. Úlcera na base do segundo dedo do pé direito.

*Sintomas nervosos*: Cubitais hipertrofiados. Anestesia dos cotovêlos ás mãos e dos joelhos até os pés. As zonas hipercrómicas são hipersensiveis. As acromicas normais.

*Exames laboratoriais*: R. de Wassermann: Negativa. B. de Hansen: Em pequeno número no muco nasal.

## Obs. XV (*Alfredo Araujo*)

### Lepra nervosa

S. C., de Nuvém, 19 anos, solteiro.

*Periodo de Invasão:* Começou há 5 anos por manchas no tronco.

*Estado Actual*: Hipercromia de todo o tronco, com vestigios de pequenas manchas acrómicas. Ligeiras garras, simétricas, em ambas as mãos. Infiltração dos pés. Úlcera plantar, purulenta, na base do terceiro dedo do pé esquerdo.

*Sintomas Nervosos*—Abolição das sensibilidades térmica e dolorosa nos bordos cubitais dos ante-braços, mãos e nos pés. Cubitais normais à palpação.

*Exames laboratoriais:* R. de Wassermann: Negativa. Muco nasal B. de Hansen.

## Obs. XVI (*Alfredo Araujo*)

### Lepre nervosa

J. C., de Navelim, 35 anos, casado, padeiro.

*Periodo de invasão*:—Dôres nos cubitais e nas mãos, manchas hiperpigmentadas no dorso. Duração: 10 anos.

*Estado Actual*:—Inoclusão palpebral. Manchas hiperpigmentadas no dorso e eritematosas no torax, todas de sensibilidade atenuada. Garras intensas em ambas as mãos; atrofia de quási todos os dedos. Dedos dos pés, também, atrofiados, com onixis.

*Sintomas nervosos*: —Paralisia dos orbiculares das palpebras. Cubitais hipertrofiados, monoliformes. Anestésia térmica e dolorosa nos antebraços e nas pernas. Abolição de todas as sensibilidades nas mãos e nos pés.

*Exames laboratoriais*; —R. de Wassermann: Negativa. B. de Hansen no muco nasal.

### Obs. XVII (*Alfredo Araujo*)

**Lepra mixta**

J. O., de Chinchínim, 16 anos, solteiro.

*Periodo de Invasão* :—Começou há 7 anos por um tubérculo na ponta do nariz e infiltração tuberculosa nos malares e no mento.

*Estado Actual* :—Infiltracão difusa, com finos tubérculos, nos pavilhões de orelhas. Pigmentação acobreada das faces. Leprides eritemato-tuberculosas nos ante-braços e pernas. Pele lusidia e hipotrófica nos glútios. Edema nos tornozêlos e nos pés. Unhas das mãos e dos pés, quási todas, atrofiadas.

*Sintomas nervosos* :—Hipersensibilidade dos cubitais, normais quanto ao volume. Anestesia do bordo externo do pé direito.

*Exames laboratóriais* :—B. de Hansen no muco nasal.

### Obs. XVIII (*Alfredo Araujo*)

**Lepra nervosa**

C. G. da Raia, 36 anos, casado, alfaiate.

*Periodo de Invasão* :—Infiltração das orelhas e dores nos pés.

*Estado actual* :—Eritema difuso, com finos elementos penfigoides, no tórax e no abdómen. Manchas hipercrómicas, simétricas, $^{10}/_{3}$ cm. nos glútios. Garras nos dedos minimos das mãos. Pés *entassés*, queda de quási de todas as unhas. Úlceras plantares em ambos os pés.

*Sintomas nervosos* :—Atenuação das sensibilidades nos bordos cubitaes dos ante-braços e das mãos. Anestésia das pernas e dos pés.

*Exames laboratoriaes* :—R. de Wassermann : Positiva. Muco nasal : B. de Hansen, raros.

### Obs. XIX ( *Alfredo Araujo* )

**Lepra mixta**

S. R., de Colvá, 40 a 45 anos, pescador.

*Periodo de Invasão* :—A doença começou por ardores no grosso dedo direito. Pouco depois passou a esses ardores nas mãos e nos pés. Duração ; 3 a 4 anos.

*Estado Actual* :—Infiltração, com eritema, no nariz e no mento. *Placard* losângico, acrómico, na região lombar. Infiltração dos pés.

*Sintomas nervosos* :—Cubitais infiltrados e hipersensíveis á palpação. Sensibilidades atenuadas nos pés e na mancha lombar. Anestésia do bordo cubital do membro superior direito. Atenuação das sensibilidades nas mesmas zonas do lado esquerdo.

*Exames laboratoriais* :—Muco nasal : Negativo.

### Obs. XX ( *Alfredo Araujo*)

**Lepra mixta**

N. F., natural de Vernã, 24 anos, cavouqueiro.

A doença começou há 5 anos. Não se apura a proveniência.

*Periodo de Invasão :* Manchas hipercrómicas no abdómen.

*Estado Actual:* Ligeira infiltração das orelhas. Duas manchas quadrilá-

teras na região lombar esquerda. Uma outra ovalar abaixo da clavícula direita e uma terceira que, começando no epigástro, extende-se pelos peitorais. Todas estas manchas são acrómicas e têm sensibilidade diminuida.

*Sintomas nervosos* :—Cubital direito infiltrado. Atenuação de sensibilidade no dorso da mão direita, na perna e no pé do mesmo lado.

*Exame bacteriológico* :—Muco nasal : Negativo.

## Obs.XXI (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

M. G., nautral da Raia, de 29 anos, lavrador.

*Periodo de Invasão* :—A doença começou, há sete anos, por manchas eritematosas nos glútios. Pouco depois teve um tubérculo na base do nariz, seguido dum outro ao nível da arcada zigomática direita. Conserva cicatrizes das manchas dos glútios.

*Estado Actual* :—Pequena infiltração das orelhas e do rôsto. Ligeira garra e desvio do dedo minimo direito.

*Sintomas nervosos* :—Anestésia do bordo interno do ante-braço direito e dos bordos externo dos pés, cujos rebordos internos se apresentam hipersensíveis.

*Exames laboratoriais* :—R. de Wassermann : Negativa. B. de Hansen no muco nasal.

## Obs. XXII (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

N. R., de Curtorim, 55 anos de idade, casado.

Tinha um vizinho leproso.

*Periodo de Invasão* :—O comêço data de 3 anos. Lesão inicial : Mancha no tórax.

*Estado Actual* :—Mancha, ovalar, acrómica de $1^{0}/_{8}$ cm. no peitoral direito. Mancha idêntica, quadrilátera, na face posterior do braço direito. Infiltração dos dedos das mãos.

*Sintomas nervosos* :—Anestésia dos bordos internos das mãos e dos bordos externos dos pés. Sensibilidades abolidas nas manchas acrómicas. Reflexos aumentados.

## Obs. XXIII (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

C. R. N., de Curtorim, 65 anos, casado, pedreiro.

Contágio local, dum vizinho leproso. Duração : 4 anos.

*Periodo de Invasão* :—Ligeiro edema nos pés, infiltração do rôsto, parastesia e formigueiros nas pernas, pés e mãos.

*Estado Actual* :—Infiltração ligeira do nariz e hipotrofia e lusidio da pele dos glútios, joelhos, pernas e pés. Mancha hipercrómica no espaço inter-escapular. Pequenas manchas, também, hiperpigmentadas, no dorso. Infiltração dos dedos das mãos ; os minimos em garra.

*Sintomas nervosos* : —Cubitais normais de volume. Atenuação das sensibilidades do joelho para baixo e nas regiões cubitais. Um ano atrás as sensibilidade nestas regiões estavam abolidas.

*Exames laboratoriais*:—R. de Wassermann: Negativa. Muco nasal: Negativo. Sangue: Negativo.

### Obs. XXIV (*Alfredo Araujo*)

**Lepra mixta**

J. S. N., filho do precedente, de 25 anos, solteiro.

Duração: um ano.

*Estado Actual*:—Robusto. Infiltração dos pés. Começo de garra no mínimo esquerdo. Mancha hiperpigmentada, não anestésica, na escápula direita. Mancha acrómica, anestésica, no maleólo direito. Teve uma úlcera plantar cicatrisada com tratamento.

*Sintomas nervosos*:—Cubital esquerdo infiltrado. Anestésia dos pés e dos bordos internos dos membros superiores.

*Exame laboratoriais*:—R. de Wassermann: Negativa. B. de Hansen: Negativo. (Rinite)

### Obs. XXV (*Alfredo Araujo*)

**Lepra mixta**

R. C., da Raia, de 26 anos, casado, carregador.

*Estado Actual*: Rarefacção das sobrancêlhas. Infiltração das orelhas e do mento. Pequenos tubérculos, isolados, na orelha direita. Vestígios de manchas acrómicas nas côxas.

*Sintomas nervosos*: Ambos os cubitais infiltrados. Em novembro de 1925, fez-se-lhe uma operação, na suposição de que a bainha do cubital direito estivesse cheia de pús. Por uma incisão linear, por cima do condilo interno, chegou-se á bainha, que foi aberta, tendo-se visto as fibras nervosas infiltradas e de aspecto edemaciado, mas sem pús. Anestesia dos pés. Hipersensibilidade dos ante-braços.

*Exame bacteriológico*: R. de Wassermann: Negativa. B. de Hansen: Negativo (Rinite).

### Obs. XXVI (*Alfredo Araujo*)

**Lepra mixta**

F. F., de Vernã, 19 anos, solteiro, cavouqueiro.

Não teve lepra na família. Não se apura a origem.

Duração; 6 anos.

*Estado Actual*; Infiltração tuberculosa, com despigmentação da pele, no nariz, arcadas supraciliares e mento.

Grande *placard* de centro hiperpigmentado, com uma faixa acrómica, em volta, de 3 cm. de largura, na espádua direita. Mancha acrómica, de contornos irregulares, no peitoral direito. Uma outra numular, de pequenas dimensões, no baixo ventre. Vàrias placas acrómicas, de diferentes tamanhos, algumas com centro hipercrómico e bordos descorados; umas de bordos regulares e outras com contornos geograficos, todas planas, disseminadas pelas côxas, pernas e ante-braços. Começo de garra nos mínimos de ambas as mãos. Tem uma pequena úlcera, hoje cicatrisada, no pequeno dedo da mão esquerda.

*Sintomas Nervosos*: Garras. Infiltração do cubital esquerdo. Anes-

tesia do bordo cubital do ante-braço esquerdo, das mãos e dos pés. Atenuação das sensibilidades na zonas hiperpigmentadas, menos pronunciada, porem, nas acrómicas.

*Exame bacteriológico* ; B. de Hansen ; Negativo ( muco nasal ).

### Obs. XXVII ( *Alfredo Araujo* )

**Lepra mixta**

P. F., natural de Margão, 31 anos, solteiro:

Duração : 3 a 5 anos. Não se pode precisar o contágio.

*Periodo de Invasão* : Mancha na região lombar.

*Estado Actual* :—Grandes manchas eritematosas, infiltradas, de bordos levantados no rôsto, na região lombar e nos glútios; outras numulares do mesmo tipo, no tórax, epigástro e dorso. Superfície descamente, proveniente da aplicação dum oleo caústico sobre uma lepride maculosa. no ante-braço esquerdo. Pequenas ulcerações no segundo e terceiro dedos na mão direita. Grande atrofia dos músculos interósseos e garra de todos os dedos na mão esquerda. Descamação lameliforme nos membros inferiores.

*Sintomas nervosos* :—Cubitais infiltrados e hipersensíveis. As manchas tem atenuação da dolorosa e abolição da térmica.

*Exames laboratoriaes* :—R. de Wassermann : Negativa. Muco nasal negativo.

### Obs. XXVIII ( *Alfredo Araujo* )

**Lepra mixta**

J. P. F., de Vernã, solteiro.

A doença começou há 3 anos, por manchas e obstrução nasal.

*Estado Actual* : Infiltração das orelhas, manchas hipercrómicas nos malares, faces e ante-braços. Rarefacção das sobrancêlhas.
Úlcera no rebordo externo de pé direito.

*Exames laboratoriais* ;—Muco nasal : Negativo.

*Sintomas nervosos* ; Cubitais infiltrados Atenuação de sensibilidade em todas as manchas, na mão esquerda e no bordo cubital do ante-braço esquerdo. Anestesia dos terços inferiores das pernas e dos pés.

### Obs. XXIX

**Lepra mixta**

I. C., natural da Raia, 33 anos, solteiro, cavouqueiro.

*Estado Actual* ; Rarefacção das sobrancêlhas. Reabsorção da cartila gem do septo nasal. Infiltração tuberculosa, com elementos isolados em tubérculos nos lábios, orelhas, ao longo dos membros superiores e na base dos dedos das mãos. Finas manchas cúpricas no torax, hipogástro e região inter-escapular. Garra dos últimos três dedos da mão direita e do mínimo da esquerda. Onixis. Grande infiltração dos pés. Descamação das plantas.

*Sintomas Nervosos* ; Cubitais hipersensíveis. Anestésia dos terços inferiores dos ante-braço, dos pés.

*Exames bacteriológico* ; Muco nasal : Positivo

### Obs. XXX

**Lepra mixta**

B. F., natural de Benaulim, 25 anos, solteiro.

Tinha um leproso por companheiro de trabalho, em Bombaim.

ração ; 6 anos.

*Periodo de Invasão* ; Infiltração da orelha esquerda. Coriza.

*Estado Actual*: Nódulos na orelha esquerda. Placas acrómicas anestésicas na perna esquerda.

*Sintomas Nervosos* ; Infiltração dos cubitais, sobretudo do direito. Diestesia no pé direito.

*Exame bacteriológico*—Muco nasal ; Negativo.

### Obs. XXXI ( *Alfredo Araujo* )

#### Lepra mixta

N. G., natural de Nuvém, 48 anos.

Contágio dum leproso vizinho.

Duração : 5 anos.

*Estado Actual* :—Nódulos na orelha esquerda. Vestígios de manchas pelo corpo. Infiltração do pé esquerdo.

*Sintomas nervosos* :—Atenuação de sensibilidade nos pés.

*Exame Bacteriológico* :—Muco nasal : Negativo.

### Obs. XXXII ( *Alfredo Araujo* )

#### Lepra nervosa

S. D. F., de Navelim, 36 anos, carpinteiro.

Tem um irmão leproso, além dum vizinho atacado da mesma doença.

Duração ; 8 anos.

*Periodo de Invasão* : Coriza e manchas.

*Estado Actual* :—Manchas anestésicas na face interna da perna direita. Infiltração dos pés.

*Sintomas nervosos* :—Cubitais hipersensiveis á palpação. Anestesiadas zonas radiais da mão direita, da perna e do pé direito.

*Exames laboratoriais* : R. de Wassermann : Negativa. Muco nasal : Negativo.

### Obs. XXXIII ( *Alfredo Araujo* )

#### Lepra mixta

D. F., natural de Margão, de 40 anos, casada.

O pai morreu de lepra.

Duração : 8 a 10 anos.

*Periodo de Invasão* :—Coriza crónica, dismenorreia, manchas acrómicas no braço esquerdo e no dorso.

*Estado Actual* ; Quéda parcial das sobrancêlhas. Vastas zonas hiperpigmentadas, com intervalos sãos, no dorso. Infiltração tuberculosa das mãos e dos pés. Onixis. Dedos das mãos em ligeira garra, com perda dos movimentos de oposição ( não pode contar ).

*Sintomas nervosos* :—Atenuação de sensibilidade nos ante-braços. Abolição completa nos pés.

*Exames laboratoriais* : R. de Wassermann : Negativa. Sangue do dedo : Negativo.

### Obs. XXXIV ( *Alfredo Araujo* )

#### Lepra nervosa

C. M., de Curtorim, 16 anos, solteira.

Morreram-lhe de lepra o pai e um irmão.

Duração : 5 a 6 anos.

*Periodo de Invasão* :—Manchas acrómicas na face interna do braço direito.

*Estado Actual* :—Apresenta algumas manchas acrómicas, todas com sensibilidades atenuadas, além das do braço, uma no dorso e outra no joelho direito. Atrofias acentuadas dos músculos da mão esquerda e garra nos quatro últimos dedos. Começo de garra no mínimo da mão esquerda. Dismenoreira.

*Sintomas nervosos* :—Anestesia na mão direita e atenuação das sensibilidades no ante-braço do mesmo lado e no bordo cubital do antebraço e da mão direita.

*Exames laboratoriais* :—R. de Wassermann : Negativa.

### Obs. XXXV ( *Alfredo Araujo* )

#### Lepra nervosa

M. M., de 15 anos, irmã da precedente.

A sua doença começou três meses depois da irmã.

*Periodo de Invasão* :—Manchas no rôsto.

*Estado Actual* :—Placa acrómica, quadrilátera, no glútio direito. Atrófia muscular e contractura de todos os dedos da mão esquerda. Esbôço de garra no 5.º dedo direito. Úlcera plantar, em via de cicatrisação, no pé esquerdo. Quéda da unha do polegar do mesmo pé.

*Sintomas nervosos* :—Anestesia dos antebraços, mãos e pés. Atenuação nas pernas e no braço direito.

*Exame labaratoriais* : R. de Wassermann : Negativa. Muco nasal : Negativo.

### Obs. XXXVI ( *Alfredo Araujo* )

#### Lepra mixta

A. Q. F. de Curtorim, 15 anos, solteira.

*Periodo de Invasão* :—Hiperpigmentação nos malares, amenorreia por três meses. Posteriormente, tuberculos nas orelhas e no nariz.

*Estado Actual* : Manchas hipercrómicas, infiltradas, nas faces, no ante-braço e joelho direitos. Tubérculos nas orelhas, infiltradas. Nariz hiper pigmentado e lusidio.

*Sintomos nervosos* :—Hipersensibilidade dos cubitais, sobretudo do direito. As manchas têm perdido a dolorosa e a térmica. Hipersensibilidade dos ante-braços e das mãos.

*Exames laboratoriais* :—R. de Wassermann :—Negativa. Rinite : Posítiva.

### Obs. XXXVII ( *Alfredo Araujo* )

#### Lepra nervosa

E. P., de Loutulim, 40 anos, viúva.

Fez assistencia a uma leprosa, tendo usado as roupas desta doente. Duração da doença : 4 anos.

*Periodo de Invasão* :—Manchas nos malares e irregularidades de menstruação.

*Estado Actual* :—Sobrancêlhas rarefeitas. Vestígios das manchas dos malares. Mancha ovalar, acrómica, com bordos eritematosos nos lombos. *Placard* acrómico no abdómen.

*Sintomas nervosos* :—Tinha várias perturbações de sensibilidade. Ac-

tualmente, porem, só tem paraestesia nos últimos dedos do pé direito e nas manchas.

*Exames laboratorais* : R. de Wassermann : Negativa. Muco nasal : Negativo.

### Obs. XXXVIII ( *Alfredo Araujo* )

#### Lepra nervosa

E. F. de Vernã, 40 anos, viúva.

Começou a doença em Bombaim, há 12 anos, por uma pequena mancha, circular, anestésica, no pé direito. Pouco depois, tinha uma bôlha no calcâneo do mesmo pé e a mancha, estendendo-se, envolvia, já, toda a perna, que era anestésica até ao joelho.

*Estado Actual* :—Grande mancha eritematosa no rôsto, começando ao nível do rebordo inferior do maxilar inferior (direita) e invadindo, sucessivamente, o lábio superior, nariz, malar esquerdo e testa. Existem, igualmente, no rôsto, zonas acrómicas que tem atenuação de sensibilidades, ao passo que as eritematosas são hipersensíveis. Mancha acrómica na face externa da perna direita, insensível. Quéda das unhas e úlcera plantar no pé direito. Atrofia sensivel dos músculos e dos dedos do pé esquerdo.

*Sintomas Nervosos*—Anestesia nos pés e na face externa da perna direita. Hiperestesia nas mãos.

*Exames laboratoriais* ; R. de Wassermann : Negativa. Muco nasal; Negativo.

### Obs. XXXIX ( *Alfredo Araujo* )

#### Lepra mixta

R. M. V., de Benaulim, 13 anos, solteira.

O pai faleceu de lepra.

Duração. 4 anos.

*Estado Actual* ; Hipercromia no rosto. Infiltração tuberculosa no nariz. Manchas acrómicas., de pequenas dimensões, no dorso.

*Sintomas Nervosos*—Cubital esquerdo infiltrado, monoliforme. Anestesia do bordo cubital do ante-braço e da mão esquerda. Zona quadrilátera, logo acima do joelho direito, insensivel. As manchas têm as sensibilidades atenuadas.

*Exames laboratoriais :* R. de Wassermann : Negativa. Muco nasal: Negativo.

### Obs. XL ( *Alfredo Araujo* )

#### Lepra mixta

J. C., de Cuncolim, 40 anos.

Duração : 9 a 10 anos.

*Periodo de invasão* : Perturbações de sensibilidade nas plantas. Sensação de calôr na mão direita e no bordo cubital do ante-braço do mesmo lado. Amenorreia.

*Estado Actual* ; Manchas eritematosas nos malares. Infiltração das faces e do nariz. Nódulos nas orelhas. Vestígios de manchas acrómicas, no dorso. Atrofia dos músculos da mão direita, cujos dedos apresentam ligeira contractura. Pés edemaciados.

*Sintomas Nervosos* ; Insuficiencia dos orbiculares das palpebras. Paraestesia do ante-braço e da mão esquerda. Anestesia dos pés.

### Obs. XLI ( *Alfredo Araujo* )

**Lepra mixta**

A. N. S. de Vernã, 9 anos, irmã do doente da obs. XI.

Duração : 3 anos.

*Estado Actual*: Extensa mancha acrómica, com bordos hipercrómicos na face interna da côxa direita. Mancha ovalar, acrómica, $^{10}/_{12}$ cm. no glútio esquerdo. Mãos ligeiramente infiltradas.

*Sintomas Nervosos* : Atenuação de sensibilidade nas manchas. Paraestesia dos joelhos aos pés.

### Obs. XLII ( *Alfredo Araujo* )

**Lepra nervosa**

A. C. F., de Colvá, 13 anos, filha do doente da Obs. XIII

Duração: 3 anos.

*Estado Actual* :—Manchas acrómicas, curadas, no rôsto ( malares ). Dedos em via de reabsorção.

*Sintomas nervosos* .—Paraestesia nas mãos e nos pés. Ardores nas palmas e plantas.

### Obs. XLIII ( *Alfredo Araujo* )

**Lepra mixta**

M. N., de Margão, 18 anos, solteira.

A mãe morreu de lepra.

Duração : 5 a 7 anos.

*Estado Actual*:—Infiltração, com tubérculos, no nariz, mento e orelhas. Manchas anestésicas no dorso. Pele das pernas hipotrófica e sêca. Úlcera cicatrizada no pé esquerdo.

*Sintomas nervosos* :—Anestesia nas regiões maleolares e nos pés. Paraestesia dos ante-braços.

*Exames laboratoriais* :—R. de Wassermann : Positiva. Muco nasal : B. de Hansen.

### Obs. XLIV ( *Alfredo Araujo* )

**Lepra nervosa**

E. P., da Raia ( Arlém ), 44 anos, viúva.

Duracão da doença : 5 a 7 anos.

*Estado Actual* :—Eritema no rôsto. Desvio do septo nasal. Mancha nunular, hiperpigmentada, no braço esquerdo. Garras nos dedos mínimos. Pés infiltrados, tendo o esquerdo perdido o 5.º dedo. Pele dos membros inferiores hipotrófica. Ulcera plantar no pé direito ( base do 2.º dedo )

*Sintomas nervosos* : -Cubitais infiltrados. Anestésia dos punhos, mãos e pés.

*Exames laboratoriais* :—R. de Wassermann : Negativa. Muco nasal e serosidade da úlcera : Negativos.

## DOENTES DE BARDÊS

### Obs. XLV (*Alfredo Araujo*)

**Lepra nervosa**

C. M. B., 45 anos, casado, natural de Mapuçá (Duler)

Era cosinheiro, tendo servido por largos anos, em Bombaim. Há 2½ anos (?) se lhe manifestou a doença. Tinha um irmão que morreu leproso em Mapuçá, não se tendo apurado donde veiu o contágio primitivo.

*Periodo de invasão*:—Manchas hipercrómicas pelo corpo.

*Estado Actual*: Manchas hiperpigmentadas, simétricas nas faces. Grande desnutrição da pele, sêca, apresentando escamas escuras nas faces externas dos ante-braços, baixo ventre e no têrço superior das pernas, sendo nestas últimas imbricadas, dando o aspecto de verdadeira pele de cobra. Os terços inferiores, os tornozelos e os pés, fortemente, edemaciados, com uma côr asfíxica. Garra nos dedos mínimos, com uma pequena ulceração na base do polegar direito.

*Gânglios*—Pleiade nas virilhas.

*Aparelho genital*—Não tem nenhuma lesão leprosa. É sifilítico.

*Sensibilidades*—Com o tratamento intensivo, que se lhe tem feito, readquiriu todas as sensibilidades nas manchas do rôsto, nas zonas de pele escamosa e ainda nas regiões edemaciadas.

### Obs. XLVI (*Alfredo Aranjo*)

**Lepra nervosa**

M. Q. P., de Candolim (Ordá), de 40 anos, casada.

Ignora-se a origem da doença cuja duração é de 18 a 20 anos.

*Periodo de invasão*:—A doença manifestou-se, na convalescença duma febre, com paraestesia e picadas no dorso do pé direito.

*Eetado Actual*:—Grandes manchas acrómicas no dorso e no pescoço. Garra pronunciada nas mãos, em especial na direita. Pés, com grandes atrofias dos dedos. Úlceras plantares em ambos os pés.

*Exames laboratoriais*:—R. de Wassermann: Negativa.

### Obs. (XLVII (*Alfredo Araujo*)

**Lepra nervosa**

R. M. L., do Socorro, 45 anos, proprietária.

Contágio—visinho leproso. Duração: 9 a 10 anos.

*Periodo de Invasão*: Ardores nos pés.

*Estado Actual*:—Garra ligeira na mão esquerda. Mancha, ovalar, acrómica, no dorso do pé esquerdo.

*Sintomas nervosos*:—Anestesia completa da mão esquerda e do pé do mesmo lado. Paraestesia das pernas e dos ante-braços. Reflexos patelares abolidos.

*Exames laboratoriais*:—R. de Wassermann: Negativa.

### Obs. XLVIII (*Alfredo Araujo*)

**Lepra nervosa**

M. A. S., de Candolim, 50 anos de idade, viúva.

Contágio: O marido era leproso.

Duração: 8 anos, proximamente.

*Estado Actual*: Mancha, acrómica, anestésica, quadilátera, na região lombar direita; uma outra do mesmo tipo, losángica, na lombar esquerda. Garra no dedo minimo da mão direita. Pés infiltrados, com dedos desa viados e deformados em varios sentidos. Úlcera na planta direita.

*Sintomas Nervosos*—Sensibilidades abolidas nos ante-braços nas mãos e nos pés.

*Sintomas Nervosos*: Muco nasal: Positivo.

### Obs. XLIX (*Alfredo Araujo*)

**Lepra nervosa**

C. F., de Siolim, 23 anos, solteira.

Tem um primo leproso.

Duração da doença: 8 anos.

*Periodo de Invasão*: A doença começou por uma mancha no malar dircito, aparecendo, em pouco tempo, várias outras na coxa e na perna direita.

*Estado Actual*: Hiperpigmentação do rosto. Perturbação trófica de pele em algumas regiões. Varias manchas.

*Sintomas Nervosos*: Abolição de sensibilidade nos malares, na perna direita (em volta da mancha) e no quadril esquerdo. Paraestesia nas mãos Cubital esquerdo, ligeiramente, infiltrado.

*Exames laboratoriais*: Muco nasal: Negativo.

## DOENTES DAS ILHAS

### Obs. L (*Alfredo Araujo*)

**Lepra mixta**

J. M. S., natural de Bambolim, 30 anos de idade, casado

Contágio dum leproso da casa contigua.

Duração: 9 a 10 anos.

*Periodo de Invasão*: Manchas nos malares.

*Estado Actual*:—Sobrancelhas rarefeitas. Grupo de tubérculos cotovêlo esquerdo. Garras simétricas nos 4.os e 5.os dedos das mãos, inatradas. Infiltração dos pés. Úlceras em ambas as plantas.

*Sintomas nervosos*;—Anestesia das mãos, pés e pernas.

*Exames bacteriologico*: Muco nasal: Positivo, quási 200 bacilos em cada campo microscópico.

### Obs. LI (*Alfredo Araujo*)

**Lepra mixta**

J. G. A., de Bambolim, 45 a 50 anos, casado.

Doente há 8 anos. Teve um vizinho leproso.

Duração: 8 anos.

*Periodo de Invasão*:—Coriza e cefalalgia continuas.

*Estado Actual*: Grande eritema no rôsto. Pele hipotrófica e lusidia por todo o corpo. Infiltração das mãos e dos dedos, sobretudo, do lado direito. Onixis. Infiltração dos pés.

*Sintomas nervosos*: Cubital direito ligeiramente infiltrado. Anestesia dos dedos. inervados pelos cubitais, da planta direita e do dorso do pé esquerdo. Paraestesia das pernas.

*Exame bacteriologico*: Muco nasal: Negativo.

## Obs. LII (*Alfredo Araujo*)

### Lepra mixta

R. H. V., da Piedade, 21 anos, solteira.

Ignora-se a origem da sua doença.
Duração 7 a 8 anos.
*Periodo de invasão*: Bolhas nos pés, posteriormente, ulceradas
*Estado Actual*: Infiltração tuberculosa nos lábios. Varias manchas acrómicas. Profundas perturbações tróficas e nervosas nas extremidades com desvio e garra dos dedos das mãos.
*Sintomas Nervosos*: As manchas são anestésicas.
Anestesia completa da perna e do pé esquerdo. Anestesia parcial nas mesmas rigiões doutro membro. Antenuação de sensibilidade nos antebraços. Abolição nos punhos e mãos.
*Exame bacteriologico*: R. de Wassermann: Negativa.

## (SECÇÃO IV)

# Pesquisas nas familias dos doentes internados no estrangeiro.

### Entourage da Obs. VIII

Familia de mais três pessôas: mulher, uma filha e um filho. Examinadas todas as três.

*Resultado do exame* (S. Nazaré)

I—Mulher, 33 anos, jornaleira: Indene.
II—Filha, 12 anos: Indene.
III—Filho, 5 anos: Indene.

*Resumo*

Três pessôas examinadas, todas indenes.

### Entourage da Obs. XI

Familia de mais três pessôas: pai, madrasta e irmã. Foram examinados o pai e a madrasta. A irmã está ausente.

*Resultado do exame* (S. Nazaré)

I—Pai, 49 anos, servente a bordo de vapores: Indene.
II—Madrasta, 43 anos, jornaleira:
*Exame clínico*: Grandes placas acrómicas no dorso, peito, rôsto e mãos, mais pronunciadas nestas últimas regiões. Estas manchas tornam-se vermelhas e pruriginosas sob a acção do sol. São de sensibilidade normal. Não tem coriza.
*Exame bacteriológico*: Muco nasal: Negativo.

*Resumo*

Duas pessôas examinadas, apresentando uma delas lesões supeitas, não confirmadas pelo exame bacteriológico do muco nasal.

### Entourage da Obs. XII

Família de mais quatro pessôas: mulher, dois filhos e uma filha. Examinadas todas as quatro.

*Resultado do exame* ( S. Nazaré )

I—Mulher, 39 anos, jornaleira : Indene.
II Filho, de 12 anos : Indene.
III—Filho, de 10 anos :
*Exame clinico*: Apresenta uma mancha acobreada, redonda, de dimensões dum dolar, logo acima do mamilo direito. Tem, de quando em vez, hemorragias nasais. Não tem corisa.
*Exame bacteriologico* : Muco nasal : Negativo.
IV—Filha de 7 anos:
*Exame clinico*: Apresenta duas manchas, intensamente pigmentadas na periferia e acrómicas no centro, situadas uma, numular, na face externa do braço esquerdo, e outra, oblonga, no flanco esquerdo.
*Exame bacteriológico* : Muco nasal : Negativo.

*Resumo*

Quatro pessôas examinadas. Duas têm lesões suspeitas, mas não confirmadas pelo exame bacteriológico do muco nasal.

**Entourage da Obs. XIV**

Família de mais três pessoas : mãe, uma irmã e um irmão. Examinadas a mãe e a irmã. O irmão está ausente.

*Resultado do exame* (S. Nazaré)

I—Mãe, de 55 anos, jornaleira : Indene.
II—Irmão, de 24 anos, jornaleiro : Indene.

*Resumo*

Duas pessôas examínadas, ambas indenes.

**Entourage da Obs. XV**

Família de mais seis pessôas : mãe, quatro irmãos e uma irmã. Examinados a mãe e dois irmãos. Os outros estiveram ausentes.

*Resultado do exame* (S. Nazaré)

I—Mãe, 42 anos, jornaleira : Indene.
II—Irmão, de 13 anos, pastor : Indene.
III—Irmão, de 7 anos, também, pastor : Indene.

*Resumo*

Três pessoas examinadas, todas indenes.

### Entourage da Obs. XVII

Família de mais três pessoas: mãe e duas irmãs. Examinadas, sómente, as irmãs. A mãe está ausente.

*Resultado do exame* (S. Nazaré)

I—Irmã, de 23 anos, jornaleira: Indene.
II—Irmã, de 16 anos, jornaleira: Indene.

*Resumo*

Duas pessoas examinadas, ambas indenes.

### Entourage da Obs. XX

Familia de mais seis pessôas: mãe, duas irmãs e três irmãos. Examinadas, sómente, a mãe e dois irmãos. As irmãs, que são casadas, e um irmão estão ausentes.

*Resultado do exame* (S. Nazaré)

I—Mãe, 50 anos, jornaleira: Indene.
II—Irmão, 35 anos, solteiro, jornaleiro:
*Exame clinico*: Apresenta uma erupção herpética, impetiginosa (lepra girata?) no lado esquerdo do dorso. Ao nível desta lesão as sensibilidades são normais. Tem, além disto, queratite supurada, traumática, datando de 12 anos.
*Exame bacteriológico*: Muco nasal: Negativo.
III—Irmão, de 30 anos, jornaleiro.
*Exame clinico*: Apresenta três manchas acrómicas, na face direita, mais duas a três na testa e uma outra no malar esquerdo. Sensibilidade normal. Não tem coriza.
*Exame bacteriológico*: Muco nasal: Negativo.

*Resumo*

Em três pessôas examinadas, duas são suspeitas (?) de lepra, sem confirmação laboratorial.

### Entourage da Obs. XXII

Família de mais três pessôas: Mulher e duas filhas. Examinadas todas as três.

*Resultado do exame* (S. Nazaré)

I—Mulher, de 45 anos: Indene.
II—Filha, de 21 anos: Indene.
III—Filha, de 16 anos: Indene.

*Resumo*

Três pessôas examinadas, todas indenes.

**Entourage das Obs. XXIV e XXV**

Consta de mais uma pessoa: Mãe.

*Resultado do exame* (S. Nazaré)

Mãe de 45 anos, jornaleira: Clínica e bacteriológicamente negativa.

**Entourage da Obs. XXVI**

Família de mais duas pessôas: mãe e um irmão.
Examinada apenas a mãe. O irmão encontra-se ausente.

*Resultado do exame* (S. Nazaré)

Mãe:
*Exame clinico*: Apresenta escamas escuras furfurácias nas faces externas das pernas, sem alterações de sensibilidade. Não tem coriza.
*Exame bacteriologico*: Muco nasal: Negativo.

*Resumo*

Uma pessôa examinada, indene.

**Entourage da Obs. XL**

Família de mais seis pessôas: Mãe e cinco irmãos. Examinados apenas a mãe e um irmão. Os outros irmãos ausentes

*Resultado do exame* (S. Nazaré)

I—Mãe, de 45 anos: Indene.
II—Irmão, de 9 anos: Indene.

*Resumo*

Examinadas duas pessôas; ambas negativas ao exame clínico e bacteriológico.

BARDÈS

**Entourage da Obs. XLVI**

Familia de cinco pessôas: Pai, duas irmãs, um irmão e um sobrinho. Não pôde ser examinado o pai e o irmão, au-

sente no estrangeiro. Uma destas irmãs é casada na vizinhança.

*Resultado do exame* ( A. Araújo )

I—Filha casada: Indene
II—Filha solteira : Indene.
III—Sobrinho, 4 a 5 anos : Indene.

*Resumo*

Três pessôas examinadas, todas índenes, quer clínica, quer bacteriológicamente.

**Entourage da Obs. XLIX**

Familia composta de cinco pessoas : Pai, madrasta e três irmãs. Examinadas a madrasta e uma irmã. Os outros ausentes.

*Resultado do exame* ( A. Araújo )

I—Madrasta, 28 a 30 anos : Exame clínico e bacteriológico ; Negativo.
II—Irmã, 6 a 7 anos : Clinica e bacteriológicamente negativa.

*Resumo*

Duas pessoas examinadas, ambas indenes.

## ILHAS

**Entourage da Obs. L**

Família composta de seis pessoas : mulher, três filhos e duas noras. Examinadas três pessôas, escapando á inspecção três filhos.

*Resultado do exame* (A. Araújo)

I—Mulher, 50 a 55 anos : Indene
II—Nora, 28 a 30 anos : Indene
III—Nora, 20 a 25 anos : Indene

*Resumo*

Três pesssas examinadas todas indenes, tendo-se provado negativo o exame clínico e bacteriológico (muco nasal).

**Entourage da Obs. LI**

Consta de nove pessoas : mulher, três filhos, três filhas, (duas delas casadas) e dois netos.

Examinadas seis pessoas. Dois filhos ausentes.

*Resultado do exame*

I—Mulher, 55 a 60 anos : Indene.
II - Filho, 32 anos : Indene.
III—Filha casada, 26 a 27 anos:
*Exame clinico* : Manchas de eritema, simétricas, nos malaresI. Sensibilidades normais.
*Exame Bacteriológico* : Muco nasal : Negativo :
V—Filha casada, 26 a 27 anos : Indene.
V—Filha solteira : Indene.
VI—Netos : Não têm lesão, clínicamente, apreciável.
Não deixaram colher o muco nasal.

*Resumo*

Seis pessôas examinadas. Cinco indenes e uma suspeita (?)

**N. B** —*Todas estas familias examinadas residem em Gôa. Na leprosaria de Belgão existem dois doentes de Gôa ; um de Utordá e outro de Calangute. Na leprosaria de Matunga existe actualmente uma doente de Carmonã. Por não sabermos quais as suas formas clinicas nem o estado da sua evolução não faremos mais que registar esses casos que não entram para o cômputo final da estatistica.*

*O* entourage *do leproso de Utordá foi pesquisado, tendo-se encontrado 2 casos de lepra frusta com excreção bacilar entre 3 pessoas examinadas. Os casos positivos referem-se a uma mulher adulta, madrasta do doente e a uma criança de cerca de 3 anos, filho dessa mulher. E' de notar teue, na localidade e entre os relações dessa gente, existem dois casos de qepra já descritos; os casos de lepra frusta aqui apontados entram na lestatistica final.*

# CORRIGENDA

1.º—A pág. 13 a epigrafe "Subsidíos para a Estatistica dos leprosos de Goa" deve ler-se "Subsidios para a Estatistica dos leprosos da India Portuguesa".

2.º—Por defeitos de compaginação foram incluidos entre os casos de *lepra tipica* os casos n.os IV, VI, VIII e IX (págs. 18 19 e 20) que devem passar para o capítulo da *lepra frusta.*

3.º—A Obs. XIII é um caso de *lepra mixta* e não *tuberculosa* como se acha descrito a pág. 23.

4.º—A Obs. LVIII é um caso de *Lepra expontaneamente curada ou nunca foi lepra ?* e não *lepra mixta* como se acha discrito a pág. 55.

5.º—A Obs. LVII a pag. 54 deve ler-se LVI ; as obs. LXI e LXII a pág. 57 devem ler-se respectivamente LX e LXI ; a Obs. LXVI a pag. 59 deve lêr-se LXV.

6.º—A Obs. LXVIII a pág. 61 é um caso de *lepra nervosa* ; a obs. LXXVI é um caso de *lepra mixta* ; a obs. LXXVII é um caso de *lepra tuberculosa* ; a Obs. LXXVIII é um caso de *lepra mixta* (págs. 66 e 67) ; a obs. LXXXIV é um caso de *lepra tuberculosa* (pag. 71); a obs. XCVII é um caso de *lepra tuberculosa* (pág. 77).

7.º—A pag. 67 onde se lê obs. LXXV e LXXVI leia-se obs. LXXIV e LXXV ; e onde se lê LXXIII e LXXIV leia-se LXXVI e LXXVII ; a nota feita na mesma pág. em relação á residencia do doente da obs. LXXIV, refere-se ao doente LXXV ; a nota feita na mesma pág. referente ao contágio dado numa família de Assagão refere-se á obs. LXI e aos seus tres filhos (obs. LXII, LXIII e LXIV ).

8.º—A pág. 100 o *entourage* da obs. LXXVI pertence á obs. LXXV ; a pág. 103 o da obs. LXXVII pertence á obs. LXXVI ; a pág. 105 onde se lê família composta de 14 membros deve ler se de 13 membros.

9.º—A pag. 114 a obs. VIII é de *lepra mixta.*

10.º—Dois casos de *lepra latente ganglionar* descobertos no *entourage* do doente da Obs. III (pag. 89) e na família I (pag. 107) foram por erro, incluidos na *lepra frusta.*

**N. B.**—*O* entourage *dos leprosos de Sta. Barbara não pôde ser devidamente relacionado, por má fé das respectivas familias. E' de crêr que pelo menos 30 pessoas tenham escapado ao exame.*

# *Resumé*

Convaincus du besoin de dresser une statistique des lepreux dun territoire comme première étape de la prophilaxie, ies auteurs ont cherché à verifier *de visu* tous les cas de lèpre signalés par les autorités administratives. Quelques cas á peine sont dûs á l'obligeance des delegués de santé. L'examen ne s'est pas à peine limité au malade, il s'est étendu à l'entourage familial où plus d'une fois on a découvert des cas de lèpre fruste, ou lèpre typique au début. L'examen clinique a été en général suivi de recherches microscopiques, mais la diagnose n'a pas été sous la dépendence de l'examen microscopique positif, puis que souvent cette recherche est difficile par le nombre d'examens qu'elle impose et auxquels tous les malades ne se soumettent pas volontiers, et parce que enfin, il y a des cas de lépre typique, que, surtout dans la forme anesthésique ne presentent pas de bacilles.

On montre dans cette étude les difficultés que le clinicien trouve quelquefois pour la diagnose de la lèpre; on montre que dans notre pays a des difficultés d'ordre technique s'ajoutent celles d'ordre social qui ont rendu la tâche des auteurs particulièrement difficile.

Que l'on ne suppose pas neammoins que les auteurs croient qu'ils ont reussi à découvrir tous les cas de lèpre existants dans l'Inde Portugaise. Si dans les Velhas Conquistas un petit nombre de lepreux aura echappé á l'examen, on ne saurait dire le même des Novas Conquistas oú difficilement se pourrait croire que la lèpre atteint á peine un demidouzaine d'habitants!

Comme plusieurs de nos lepreux sont actuellement internés dans les leproseries de l'Inde Anglaise, on a eu le soin de les étudier ainsi que leur entourage. Des raisons de tout ordre, international et moral, nous portent à considerer comme *nos* lepreux les indoportugais qui s'abritent pour le moment sous la protection de l'étranger,

Dans chaque cas on a eu le soin de faire attention aux conditions hygienico-sociales des infectés, si importantes quand on considère le problème de la lèpre sous le point de vue prophylactique. Cliniquement on a divisé les lepreux en trois classes:

I—*Cas de lèpre typique*
II—*Cas de lèpre fruste* (lesions minimes).
III—Lepre latente ganglionaire.
Voici le resumé numerique des cas etudiés.

## *Lèpre typique*

### Concelho de Salsete

*Margão*—lep. tub. H. 1 lep. mixte H. 4 M. 1
*Nuvem*—lep. tub. H. 2 lep. mixte H. 1
*Raia*—lep. mixte H. 2.
*N. B.*—On doit joindre à ces cas I H. lep. tub. qui vit soit à Raia' soit à Neura et n'a pas été rencontre lors des inspections.
*Rachol*—lep. mixte H. 3 M. 2
*Benaulim*—lep. mixte H. 3
*Colva*—lep. tub. M. 1 lep mixte H. 3

*Navelim*—lep. nerv. M. 1
*Betalbatim*—lep. mixte H. 5 M. 1 lep. nerveuse H. 1
*S. José d'Areal*—lep. mixte H. 1 lep. nervose H. 1
*Utordá*—lep. mixte M. 1 H. 1
*Carmona*—lep. tub. H. 1, lep. mixte H. 1, lep. nerveuse M. 1

*Total du Concelho de Salsete*

Lep. tub. H. 4, M. 1—5.
Lep. nerveuse H· 2 M. 2=4.
Lep. mixte H. 25 M. 4—29
On soit un total de 38 lepreux, dont H. 31 M. 7.

## Concelho de Bardez

*Mapuçá*—lep. tub. H. 3 M. 1, lep. mixte H. 4 M. 2, lep. nerveuse H. 1 M. 3.
*N. B.*—On doit ajouter un cas M qui senble spontanément gueri et I, M , lep. nerv. examinée dernièrement.
*Assagão*—lep. mixte H. 2 lep. nerv. H. 1 M. 2.
*Arporá*—lep. nerv. M. 1.
*Calangute*—lep. nerv. M. 1, lep. lazarine H. 1, lep. mixte H. 1.
*Candolim*—( Ordá ) lep, mixte H. 3 M. 1.
*Verém*—lep. tub. H. 1 lep. mixte H. 1 lep. nerv. H. 2

*Total du Concelho de Bardez*

Lep. tub. H. 4 M. 1=5.
Lep. nerv. H. 4 M. 7=11.
Lep. mixte H. 11 M. 3=14.
Lep. lazarine H. 1
Total de 32 cas dont H. 20 M. 2.

## Concelho das Ilhas

*Santa Barbara*—lep. tub. H. 2 lep. mixte H. 4 M. 1. lep. nerv. H. 2
*Neurá*—lep. mixte H. 1.
*Combarjua*—lep nerv. H. 1.

*Total du Concelho des Ilhas*

Lep. tub. H. 2=2.
Lep. nerv. H. 2=2.
Lep. mixte H. 5 M. 1=6.
On soit un total de 10 dont H. 9 M. 1
Les lepreux internés dans la leproserie de Vingurla sont suivant les villages :

## Concelho de Salsete

*Margão*—lep. tub. H. 1 lep. mixte M. 1, lep. nerv. H. 1 M. 1
*Nuvem*—lep. mixte H. 4 lep. nerv. H. 2.
*Colvâ*—lep. mixte H. 1, lep. tub. H. 1, lep. nerv. H. 2, M. 1
*Raia*—lep. mixte H. 7 M. 1.
*Benaulim*—iep. mixte H. 1 lep. nerv. H. 1 M. 1
*Navelim*—lep. mixte H. 2, lep. nerv. H. 1 M. 1.
*Vernâ*—lep. mixte H. 2 M. 1 lep. nerv. H. 2 M. 1.
*Chandor*—lep. nerv. H. 1.

*Chinchinim*—lep. mixte H. 1.
*Curtorim*—lep. mixte H. 3 M. 1 lep, nerv. M. 2
*Loutulim*—lep. nerv. M. 1.
*Cuncolim*—lep. nerv. M. 1.
Aux chiffres de Salsete on doit donc ajouter un total de 45 lepreux dont 12 M , et 33 H

### Concelho de Bardês

*Mapuçá*—lep. nerv. H. 1.
*Candolim*—lep. mixte M. 1, lep. nerv. M. 1.
*Socorro*—lep. nerv. M. 1.
*Siolim*—lep. nerv. M.=
Aux chiffres de Bardez on doit donc joindre un total de 5 cas dont 4 H. et 1. M.

### Concelho das Ilhas

*Bambolim*—lep mixte H. 2.
*Pieaade*—lep. mixte M. 1.
Aux chiffres des Ilhas on doit donc ajouter 3 cas dont 2 H et 1 M

### Concelho de Pondá

*Cassabé* lep. tub. H. 1.
*Sirodá*—lep. mixte H. 1.
*Candiapar*—lep. mixte H. 1.

*Total du Concelho de Pondá H. 3*

### Concelho de Quepém

*Ambaulim*—lep. nerv. H. 1.

*Total du concelho de Quepém H. 1.*

### Concelho de Perném

*Morgim*—lep. nerv. M. 1.

*Total du concelho de Perném M. 1.*

### Concelho de Praganã

*Sili*—lep. tub. H. 1, lep. nev. M. 1.
*Racoli*— lep. mixte H. 1.
*Gotonda*—lep. mixte H. 1, lep nev, M. 1,
*Bontá*—lep mixte H. 2.
*Goratpará*—lep. nerv. H. 2.
*Rudona*—lep. mixta H. 2.
*Bildari*—lep. tub. H. 2, lep. mixte H. 1.
*Gorbari*—lep. mixte H. 1.
*Saili*—lep. mixte H. 1.

*Total du concelho de Praganã*

Lep. tnb. H. 3,=3
Lep. nerv. H. 3, M. 2=5.
Lep. mixta H. 9=9
On Soient 17 cas, dont 15 H. et 2 M.
*N. B.* L. delequé de santé joint à ce chiffre plus 3 cas, faisant un total de 20.

### Concelho de Damão

*Ambavari*—lep. mixte H. 1.
Dunreta—lep. mixta H. 1.
*Jampor*—lep. mixte M. 2.
*Varacunda*—lep. mixte M. 1.
*Jamprim*=lep, nerv. M. 1.

*Total du concelho de Damão*

Lep. mixte H. 2 M. 3=5.
Lep. nerv. M. 1=1
On soit em total de 6 cas. dont. H. 2, M, 4.

## *Lèpre fruste*

### Concelho de Salsete

*Nargão* Type I—lesions minimes et excretions bacillaires—0.
Type II—excretions bacillairs seules, dans la rhinite sans d'autres lesions cliniques—0.
Type III—lésions minimes cliniquement diagnosticables, pas d'excrétions bacillaires H. 5, M. 4.
*Nuveu* Type I—H. 1, M. 1.
Type II—H. 1, M. 2.
Type III—0
*Raia* Type I—M. 1.
Type II—M. 2
Type III—0
*Benaulim* Type I—M. 1, Type II 0, Type III—H. 2.
*Colva* Type I—0, Type II=0, Type III=M. 1.
*Betalbatim* Typé I M. 1, Type II 0, Type III 0.
*Utordá* Type 1=H. 1, Type II 0, Type III 0.

### Concelho de Bardês

*Calangute* Type I H. 1, M. 1, Type II M 1, Type III 0.
*Candolim*—Type I H. 1, Type II 0, Type III 0.
*Verém*—Type I M. 1, Type II H. 2 M. 3, Type III 0.

### Concelho das Ilhas

*Santa Barbara*—Type I H. 2, M. 1 Type II H. 4, M. 1, Type III H. 1, M. 2
*Nova Goa*—Type III M. 1.

### Total des cas de lepre fruste examinés

*Concelho de Salcete*—Tipe I .H 2 M. 4=6.
Tipe II H. 1 M. 5=6
Tipe III H. 2 M. 1—3.
*Concelho de Bardez*=Type I H. 2 M. 2=4
Type II H. 2 M. 4=6
*Concelho das Ilhas*—Type I H. 2 M. 1=8.
Type II H. 4 M. 1=5
Type III H. 1 M. 3=4.

Ou soit un total de Tipe I 13, Tipe II 18, Type III 7

### Lèpre fruste dans l'entourage de lepreux internés à Vingurlá

Type I 0, Tipe II 0, Type III H. 3, M. 3.

### Lèpre latente ganglionnaire

2 cas dont un à Santa Barbara, 1 à Margão.

# SOBRE OS HYDNOCARPUS E OUTRAS PLANTAS DE GOA UTILISÁVEIS NA TERAPEUTICA DA LEPRA

**Memória apresentada á Conferencia da lepra em Nova Goa**

POR

*Caetano Francisco Xavier Gracias,*

Médico-cirurgião, socio corr. da Académia Real das Sciências de Lisboa etc.

## Palavras Prévias

Em 1894, estando eu, médico novo, a praticar na arte profissional, no hospital do Estado de Savant Vadi, sob a direcção do eminente Dr. D. Gelásio Dalgado, de saudosa memória, fiquei admirado de vêr aí uma grande enfermaria de leprosos, e pude conhecer por pouco tempo que lá estive, os remédios indigenas e indianos que o Dr. Dalgado usava nesses desgraçados, tendo visto muitos melhorados.

Em 1890, sendo eu delegado de saúde de Nagar-Avely, vi ai um avultado número de leprosos andando livremente entre os sãos. Não havia maneira de os isolar, nem eu estive lá por muito tempo. Mas aí é que pude estudar as modalidades e a evolução da típica lepra arábica, e os remédios indigenas que os leprosos tomavam sem indicação ou assistência médica alguma, e vendo-se muitos quási curados ou melhorados.

Em 1916, porém um acaso me levou a tratar duns 4 leprosos em Salsete, sendo 1 com lepra maculosa, de 2 meses de idade da doença, 2 com lepromas característicos, e 1 com lepra tuberculosa, e mutilações respectivamente com três, quatro e seis meses de idade da doença. Empreguei em todos êles com possível critério os remédios que já conhecia, subordinando-os a uma dieta especial; e o resultado, ao cabo duns dois meses, foi que os três primeiros melhoraram consideravelmente parecendo curados e o quarto foi-se piorando. Essas melhoras ou, diga-se, curas aparentes fizeram então algum éco em Salsete, pelo que o então respectivo administrador do concelho, sr. M. de Sousa Fino, muito entusiasmado, reuniu logo uma conferência na administração, a que eu assisti, convidado pelo di-

to administrador, e assistiram o respectivo delegado de saúde e um representante da direcção do hospício de Margão, que subsidiava os leprosos do concelho, e se assentou construir uma barraca provisória num sítio descampado e muito afastado das povoações, entre Margão, Curtorim e Rachol, para serem aí isolados todos os leprosos de Salsete, devendo ser-lhes aumentado o referido subsídio do hospício para a sua alimentação e assistência, e eu da minha parte, lhes prometi fornecer os remédios por algum tempo gratuitamente, a titulo de experiências. O projecto foi logo submetido ao Govêrno e êste o remeteu à repartição competente, onde se pensou, aliás milhor—uma grande gafaria para o país; mas como sempre as nossas finanças do Estado são precárias, quando se trata de beneficiar o povo, não pudemos ter nem grande nem piquena leprosaria!

Meus Senhores:

A lepra, como sabeis, é de todas as moléstias conhecidas do homem, além de altamente contagiosa e mortifera, a mais repelente, que condenando o acometido a uma morte quási certa, aumenta essa condenação com o martírio da sua longa duração, para morrer abandonado, vivendo mutilado e repelido de todos!

Há uns 50 anos a percentagem dos leprosos em Goa era insignificantissima ou passava quási despercebida a sua existência, e até os relatórios de saúde pública dêsses tempos não falam da lepra. Hoje cresceu rápidamente o número dos leprosos no país, mais por não haver o seu isolamento dos sãos, em que consiste o principal e mais eficaz meio de se opôr ao seu contágio e alastramento. A própria Capital da Índia Portuguesa está ameaçada: por um lado, e perto, um grande fóco em Chimbel, donde vem para a cidade os mainatas e vários artigos comestíveis; por outro, a poucos passos, à frente, à outra banda do Mandovi em Verém, perquirindo, pude contar quási 20 leprosos!

Sempre entusiasmado pelos nobres e grandes ideais de quem quer, pelo bem público, senti-me nesta ocasião, impelido como por um dever imprescindível a dar a minha adesão a esta auspiciosa Conferência. Foi, pois, à boa hora, repito que o Sr. Dr. Froilano de Melo, pensou em entregar-se ao estudo e tratamento da lepra em Goa.

A presente memória está precisamente redigida nos termos em que me foi pedida, mas permito-me começá-la pelo óleo de *chaulmoogra*—que, de resto, é remédio indiano da lepra e que, com quanto não seja da nossa planta de Goa, muito se usa só ou associado no país—principalmente para esclarecer à face da sciência a sua verdadeira origem.

# ÓLEO DE CHAULMOOGRA

Li numa recente interessante publicação do sr. Dr. Froilano de Melo, intitulada «*Etat actuel de la Chimiothérapie antilepreuse,*» de 1925, à pág. 7, que o óleo de Chaulmoogra provém das sementes de *Taraktogenos Kurzii*, King; e á pág. 16, que os óleos de *Tarak Kurzii*, *H. Wightiana*, *H. alcalae*, *H. subfalcata*, *H. venenata* possuem a mesma acção em ordem decrescente. *Gynocordia odorata* é totalmente desprovida desta propriedade.

Permito-me observar ao ilustre autor da citada publicação o seguinte:

Em todos os tratados clássicos de botánicos da India, até na *Flora of India*, a biblia da flora indiana, do Dr. W. Roxburgh, não vi menção da existência na flora aziática duma espécie com o nome de *Taraktogenos Kurzii*, King, cujo óleo (das sementes), diz o sr. Dr. Melo, é o óleo de chaulmoogra; e diz mais adiante que Moss que analisou êsse óleo o julgava erradamente como proveniente das sementes de *Gynocardia odorata*, continuando ainda a afirmar que ulteriormente Power e seus colaboradores Gornall, Less e Barrowcliff demonstraram em 1904-1905 que a substância estudada por Moss era uma mixtura, e que puderam ísolar definitivamente do óleo de chaulmoogra dois ácidos não saturados, que foram chamados *chaulmoogrico* e *hydnocárpico*, e são os étcres e os glicéridos dêstes ácidos com os de ácido palmitico que constituem os elementos os mais importantes do óleo de chaulmoogra; e diz finalmente que as investigações quimicas feitas nestes últimos 20 anos, nas quais entram as de Perkin e Cruz (Manila) demonstram que muitas outras plantas produzem óleos anàlogos ao óleo de chaulmoogra, como os *Hydnocarpus*, e que *Gynocardia odorata* deve ser completamente banida dêsse grupo, porque ela não dá nenhum dêsses ácidos.

Sôbre isto permito-me, em face da sciência, observar o seguinte:

1.º—O naturalista Dr. George King que foi aliás dos mais distintos botânicos da India, estudou a árvore de chaulmoogra, mas que não a conhecendo talvês pelo nome botânico que lhe foi dado por todos os outros botánicos clássicos, seja por isso – o que é possível e não raro em livros de botànica – deu-lhe em qualquer tempo o nome de *Taraktogenos Kurzii*, que deve ser a mesma espécie; o êrro provávelmente póde ter vindo do naturalista Kurz que a estudou, classificá-la com o seu nome, como muitos outros otem feito. E' também sabido que o Dr. G. King foi o presidente duma comissão de médicos botánicos dos mais sábios que o govêrno britânico da India nomeou em 1878 para o estudo das drogas medicinais da India, comissão composta dos Dres. G. King, Mc. Connell, War-

den, G. Watt e Kanny Lall Dey, médico analista de govêrno e relator Secretário da Comissão, e o resultado dos seus estudos consta da *Pharmacopœa of India*, e do monumental livro do mesmo eminente Dr. Dey, do titulo *Indigenous Drugs of India*, publicado em 1896, no qual magistral e exaustivamente se acha descrita a *Gynocardia odorata* como productora do óleo de chaulmoogra

2.º—O óleo de chaulmoogra é, segundo todos os botánicos clássicos da India, sem discrepância, proveniente das sementes de *Gynocardia odorata*, árvore que cresce espontânea como a nossa mangueira ou ocicómoro do Egito, ao sopé do baixo Himalaia, abundando em Sekkim e estendendo-se a Rangoon, Chittagong e Tenasserim, descrita pela primeira vez pelo sábio naturalista Dr. Robert Brown, descrição com que ulteriormente concordaram Dalzell, Dr. Gibson (*The Bombay Flora*) Sir Hooker (*The Flora of British India*), Henricum Van Rheede (*Hortus Indieus Malabaricus*), Dr. Roxburgh (*Flora Indica*), Dr. Robert Wight (*Icones Plantarum India Orientalis*) etc.

3.º—Que, quanto à constituição quimica o óleo de chaulmoogra (*Gynocardia odorata*) não difere da do óleo de *Tarak-Kurzii*, pois o citado Moss, que o começou a estudar em 1876 publicou os seus resultados em 1878, no *Pharmaceutical Journal*, de 25 de Março do mesmo ano, demonstrou: 1.º que é duvidosa no óleo a existência de qualquer substância alcaloidica; 2.º que contém um ácido gordo peculiar, ácido *gynocardico* 11, 7 por cento, associado com o *palmitico* 60%, *hypogeico* 4 por cento, e *cocinico* 2, 3 por cento em combinação com os gliceridos de ácidos gordos, sendo os dois primeiros em estado-livre; que o ácido *gynocardico* cristalisa em placas amarelas e funde-se a 85.º F., tem um sabor acre, cáustico, e tem provávelmente a formula $C^{14}$ $H^{24}$ $O^{2}$.

4.º—Que tanto a *Gynocardia odorata* como o *Hydnocarpus Wightiana*, cujo óleo é também um dos principais remédios da lepra, pertencem a mesma família de *Bixinæ*, e que tanto pelos caracteres botánicos como pela constituição quimica de suas sementes tem estreitas afinidades, como adiante demonstrarei. Além disto, bem se sabe que o óleo de chaulmoogra contém mais ácido gynocordico e menos ácido hydnocorpico (mui fraca proporção) e que o óleo de *Hydnocarpus* W. contém mais ácido hydnocarpico e menos ac. gynocardico.

Inda para esclarecer:

Existe na India e é mui extensamente usado, desde quási 4 séculos, na China e países visinhos um óleo chamado de Chaulmoogra, e que realmente é falso chaulmoogra ou *Lukrabo*, *Ta-Tung-Tsze* ou *chaulmungri*. Trata largamente dêle nos seus artigos sôbre a *Chinese Materia Medica* o Dr. Hanbu-

ry. E' producto das sementes duma árvore indiana, em outros tempos desconhecida, mas ao presente estudada pelo botânico Pierre foi por êste referida ao género *Hydnocarpus*, e classificada com o nome de *H. antihelmentica*, e que é semelhante a *H. Alpina* descrita por Wight, p. 940. As suas sementes são curtas e rugosas na casca como as de *H. Wightiana* (Konxteira, *Port*, Konxti, *Konk*). e não lisas e cumpridas como as de *Gynocordia odorata*. Os Annamitas usam muito o seu óleo contra vermes intestinais e na lepra.

Pode ter sucedido também que o óleo analisado pelo citado Power e outros seus colaboradores seja efectivamente uma mixtura de *Lukrabo* e *Chaulmoogra* que os industriais colocam no mercado como verdadeiro ou puro chaulmogra.

O que é certo é que o óleo de chaulmogra e de *Hyd. Wightiana* pertencendo a uma mesma familia, como já disse, é altamente bactericida, seja pela presença de ácido ginocardico ou de ac. hydnocarpico; e como hoje está demonstrado que existem estreitas afinidades entre os bacilos de Hansen e de Kock justifica-se o seu emprêgo, desde velhos tempos na India, per *os* e externamente não só na lepra, mas também na tuberculose e escrofula.

Finalmente quero crêr que a árvore *Taraktogenos Kurzii* pode ser alguma variedade de Hydnocarpus, não existente nas partes citadas da India, e que as suas sementes dêem mais ácido gynocordico que hydnocarpico, e por isso se confunda o óleo com o da *Gynocordia Odorata*.

### *Hydnocarpus Wightiana* Blume

*Nomes.*—Konxti, *Konk*; Konsteira, *Port*; jungle Almond, *Ing*.

*Habitat.*—Peninsula ocidental, Sul do Concão a Travancore.

*Descripção.*—E' uma árvore de mediana altura, espontânea e vulgar no país, sobretudo nos lugares húmidos e sombrios.

O fruto é globoso do tamanho duma laranja. mais ou menos, casca rugosa exteriormente, grossa e lenhosa, escura e suberosa por fóra, contendo 10 a 20 sementes, de $^3/_4$ de pol. de cumprimento cubertas de polpa que é dôce e sumarenta quando madura, estriadas com sulcos longitudinais, contendo amendoas brancas ou pardas muito oleaginosas, e a disposição dos seus cotiledones e de todos os seus caracteres fisicos, bem assim pelo seu cheiro se assemelham as de chaulmoogra, com a diferença única, porém, de que as sementes de chaulmoogra são cumpridas e lisas e as de *Hyduocarpus W.* curtas mas tendo quási o mesmo diámetro.

*Usos.*—O que se sabe principalmente desta árvore é que

as sementes são usadas, desde tempos immemoriais em toda a costa ocidental de India como um remédio doméstico em certas moléstias obstinadas da pele, e que o seu óleo, ainda hoje que o petróleo está generalisado para a iluminação doméstica, é muito apreciado sobretudo pela classe de indús para essa iluminação, como principalmente fresca e higiénica para a vista, e para frequente uso em certas moléstias cutáneas, como sarna, mixturado com partes iguais de óleo de ricino (*Jatropha Curcas*), enxofre, cânfora e sumo de limão. Este óleo aproveita também muito na tinha, usado sob forma de linimento feito com água de cal. Os mesmos usos são também recomendados por Van Rheede (*Hortus Malabaricus*, I, 36). Em Travancore, onde também abunda a árvore, o seu óleo é um remédio vulgar na lepra. Dá-se na quantidade de uma colherínha de chá de óleo, em uma ou duas doses. Esta dose acho bem forte, pois a *Pharmacopea of India* prescreve 20 a 30 gotas por dia, em duas ou três doses: e eu mesmo no emprêgo que dêle fiz não excedi a dose de 30 gotas ao dia.

Desde 1885 êste óleo, depois de lhe serem reconhecidas propriedades quási iguais as do óleo de chaulmoogra no tratamento da lepra, tem sido para tais fins introduzido na Europa, como perfeito substitutivo do óleo de chaulmoogra, e é do mesmo reputado na India, onde a terapêutica da lepra tem por base ou o óleo de chaulmoogra, ou de *Hydnocarpus W.* ou a mixtura de ambos. Na India administra-se emulsionado com 9 partes de manteiga clarificada ou do óleo do figado de bacalhau, e externamente em naturesa, em fricções nas lesões ou partes atingidas pelo mal. Na lepra de pouca idade, fórma maculosa ou anestesica sobretudo, e mesmo na de francos lepromas, o seu efeito é quási sempre favorável, fazendo desaparecer a pouco e pouco as lesões, simulando cura.

Póde-se empregar também o pó das sementes, desprovadas da casca, na dose de 6 grãos, 3 vezes por dia. Muitos leprosos preferem ao uso do óleo o pó das amendoas, por lhes ser mais cómodo.

Composição química:

As sementes contém quási 44 por cento de óleo, do cheiro do óleo de chaulmoogra. Tratado pelo ácido sulfúrico dá a reacção de ácido gynocardico, mas em menor gráu do que o de chaulmoogra, e contém, além de ac. gynocardico, 12. 3 por cento de ácido *hydnocarpico* e vários ácidos gordos, como o *palmitico, hypogeico e materias gordas.*

### *Outras espécies de* Hydnocarpus

Existem em Goa mais duas especies de *Hydnocarpus Wightiana*; ambas igualmente comuns como esta, mas bra-

vas ou silvestres, bem diferentes entre si pelos seus caracteres botánicos. Uma destas raro dá fruto, é pequeno relativamente ao de *Kônxti*, sementes menores e mui escabrosas. E' conhecido pelo nome de *Rau Kônxti*, e que pelos seus caracteres botánicas se assemelha a *Hydnocarpus antehelmintica*.

A outra é comum também em certos lugares humidos, como a *Konxteira* ( H. Wightiana ), com quem tem miuta analogia pelos seus caracteres botánicos das fôlhas. Não vi os seus frutos, e não lhe dei atenção nos meus estudos botánicos e farmacográficos, por não ter visto os seus usos. Também é vulgarmente chamada *Ranfonxti*.

### *Calotropis gigantea*, Roxb.

*Nomes.*—Ruí, *Konk*.

*Habitat.*—Em Goa e varias partes da India.

*Calotropis gigantea* e *C. procera* são duas variedades distintas da mesma espécie, da familia de *Asclepiadae*. Muitos botánicos as confundem uma com a outra, tanto que a descrição que fazem os autores da *Pharmacographia Indica* de *Calotropis procera* se aplica inteiramente a *C. gigantea*. Esta é única que se encontra em Goa, suas flores são brancas; aquela abunda nos nossos distritos do Norte e tem flores vermelhas. De resto, ambos teem quási os mesmos carácteres botanicos, usos medicinais e religiosos.

Da *Calotropis gigantea* dei, há anos, uma quási completa monografia, no meu modesto livro «*Flora Sagrada da India*». E' devéras curiosa a sua deserição para quem queira conhecer o valor terapeutico de vários seus productos em certas moléstias, e as suas curiosas lendas miticas, pois é uma das principais do culto na religião bramanica da India.

Aqui só direi do uso dos seus productos na lepra. Os seus produtos usados são a casca, o visco leitoso e as flores. Desde remotissimos tempos usava-se na India contra a elefantiasis a casca sob forma de cataplasma feita com o vinagre de arrôs. Mais tarde quási todos os autores das Matérias médicas do Indostão, Arábia e Persia mencionaram o uso popular de certos produtos de *Rui* contra a lepra. Atribuem-se-lhe na Índia desde remotos tempos propriedades alterantes, eméticas, catarticas, e é considerado como o mercurio vegetal.

*Doses* : Pó da casca, como alterante, 3 a 10 grãos ; como emético, 30 a 60 grãos E' um seguro succedâneo da ipeca, mas é preciso dar em dose dupla desta, e combinado com o ópio substitúe os pós de Dover.

Alguns médicos na Índia o tem preconisado ultimamente no tratamento da elefantiasis e lepra, na sifilis secundaria e afecções semelhantes. A dose é de 3 a 10 grãos por dia.

Eu vi em Savant Vadi o citado Dr. Dalgado fazer o uso das pilulas do seu visco leitoso fresco nas lesões da lepra, na dose de um a dois grãos por dia, conjuntamente como tratamento pelo óleo de chaulmoogra e de Hydnocarpus. E êsse tratamento assim fil-o eu mais tarde em dois dos leprosos tratados por mim.

### *Hydrocotile aziatica*, Roxb.

*Nomes.*—Undri, *konk*; Hortelã silvestre, *Port.*

*Habitat.*—Vulgar em Goa em várias partes da Índia ocidental.

*Descrição.*—É uma pequena planta rasteira, da família das *Umbeliferae*, encontra-se nos lugares humidos de várzeas e outros.

Como *Rui Undri* também é um bom alterante e estimulante poderoso. A sua eficacia como um remédio, *intus* e *extra*, nas úlceras, eczema, lepra e outras afecções cutâneas é por todos os farmocografos indianos bem demonstrada.

Administrava-se internamente o extrato fluido da planta que tem um cheiro da hera, na dose de 1 a 5 gotas. Em doses elevadas é venenosa. Esta prescrição é oficial na *Pharmacopœa of India*, bem assim a sua aplicação externamente. A melhor preparação para usos externos é uma pomada feita com uma oitava (4 gram.) de extrato fluido em uma onça (30 gram.) de lanolina. Dizem que dá excelente resultado na elefantiasis e lepra.

Eu não experimentei o seu uso.

São êstes os remédios indigenas principais para o tratamento da lepra, e os dois primeiros os únicos de que derivam os variados preparados quimicos modernos sendo o principal o Gynocardato de soda.

## Resumé

L'auteur n'est pas d'accord sur les affirmations faites dernièrement que la *Ginocardia odorata* soit dépourvüe des propriétés antilepreuses. Dans les traités classiques sur la botanique indienne on ne fait pas mention de la plante *Taraktogenos Kurzii*; *Gynocardia odorata* se trouve décrite dans tous ces livres et c'est de ses semences que provient l'huile de chaulmoogra. Il ya encore une autre huile, employée en Chine depuis longtemps sous le nom de *chaulmoogra* et qui est en réalité un faux chaulmoogra, provenant des semences de *Hydnocarpus antihelminthica*.

Les Hidnocarpus existants dans le pays sont *H. wigtiana*, *H. antihelmintica* et une autre espèce que l'auteur n'a pu suffisamment étudier et classifier.

D'après ses experiences personnelles l'auteur préconise encore dans la lépre l'emploi des plantes suivantes: *Calotropis gigantea* Roxb. *Hydrocotile aziatica* Roxb., en indiquant la forme de leur administration dans cette maladie.

# PLANTAS DE GOA

## UTILIZAVEIS NA TERAPEUTICA DA LEPRA

**Memória apresentada á Conferência Provincial. Reunida em Nova Goa em 21 de Fevereiro de 1926.**

POR

*Lencastre Pereira de Andrade*

---

## Palavras Prévias

A terapêutica de lepra é o assunto que preocupa ao presente o mundo médico-scientifico.

Nos centros scientificos da Alemanha, França e Inglaterra continúa a ser o assunto principal das investigações a etiologia, a epidemiologia, a profilaxia e a terapêutica da lepra, não se tendo até aqui chegado a descobrir um remédio ideal para debelar êste terrível mal.

Ao passo que nos centros scientificos do mundo e nos principais laboratórios se estão a fazer experimentações para combater esta hedionda doença, a Escola Médica de Nova Goa, por seu turno não a tem descurado,

As experiências do Dr. Froílano de Melo, feitas nos leprosos do Asilo de Mapuçá com *Ginocardato e Citrato de Sodio*, as conclusões a que chegou, e que deixou registadas no jornal da A. Médico-Farmacêutica, com o emprêgo de antimónio sob a forma de tártaro emético e vinho de antimónio segundo a formula de Castellani no tratamento dos leprosos, as suas experiencias com o *óleo de Chaulmoogra* e sais derivativos que concluiu exercer uma pronunciada acção inibidora no bacilo de Hansen, e vários outros ensaios deixam vêr que a Escola Médica de Nova Goa, a decana de todas da India, está de alerta, preparando-se com os outros ao combate á lepra.

Nem outra coisa era de esperar da Escola Médica à cuja testa está um homem de alta envergadura, um velho. qual Hipócrates, cercado duma pleiade doutros vultos de valor, todos incansáveis investigadores, o que muito anima o seu chefe a trabalhar em pról da humanidade sofredora dêste noss, torrão.

O ilustre Chefe dos Serviços de Saúde, tendo observado numerosos casos de lepra, alguns dêles, distribuidos por focos familiares, com tendência assustadora á propagação, e, receando que, esta doença fixe os seus arraiais no território de Gôa, formando com o paludismo e a tuberculose um *Trimurti devastador*, expôs a Sua Exia. o Snr. Governador Geral a necessidade de se atender a êste problema.

E Sua Exia, em vista do exposto pelo ilustre Chefe da Saúde e ouvindo o Conselho de Higiene, considerando ser urgente evitar o alastramento desta hedionda doença, determinou por Port. Prov. n.º 17 de 15 do mês findo a *Conferência Provincial sôbre a lepra*, que hoje se reune nesta sala para tratar dos assuntos concernentes á etiologia e epidemiologia, a terapeutica e profilaxia da lepra na Índia Portuguesa a fim de se poderem adoptar medidas necessárias para debelar o mal.

Em 1894, o govêrno da Inglaterra tendo também tido conhecimento de que na Índia ia espantosamente progredindo a hedionda doença a ponto de a estatistica apresentar um leproso por cada mil pessoas na Índia, tinha nomeado uma comissão para estudar a etiologia e a epidemiologia desta moléstia.

E a comissão após minuciosas investigações descobriu: que entre mil pessoas que se associassem com os leprosos, cem ficavam contaminados; que ainda o chão, onde os leprosos andavam, continha os bacilos de lepra; que havia uma relação entre a lepra e a tuberculose e que os bacilos de Kock e Hansen eram tão parecidos um com o outro, que só um perito os podia distinguir.

Sua Exia. o Snr. Governador Geral Mariano Martins, animado de boa vontade "para a efectivação prática das medidas que a sciência aconselha" marcou assuntos para Memórias que hoje vão ser apresentadas para a discussão.

Sou convidado pelo ilustre Chefe dos Serviços de Saúde na qualidade de Presidente da Conferência para apresentar uma *Memória sôbre plantas de Goa, utilizâveis na terapeutica da Lepra.*

Vasto o campo a ser explorado para servir de auxiliar a novas investigações dos scientistas. Muito curto, porém o tempo para confeccionar uma Memória com monografias de plantas—que além de poderem ser utilizadas na terapeutica da lepra, podem, e com proveito ser também aproveitadas em várias doenças, cutâneas conforme a sua etiologia,

Incontestável, doutro lado, que para se proceder a novos ensaios, indispensável é conhecer a acção fisiológica das drogas, os princípios activos de cada planta, as formas farmacêuticas e doses etc., etc.

Limito-me em vista das instruções da Port. a dar uma sucinta noticia das plantas de Gôa, de que tenho por ora conhecimento, das já experimentadas por personalidades de valor no tratamento de lepra.

Ser-me-ia muito agradável tratar doutras também que podem, sem grande dispêndio, ser naturalisadas em Goa, e plantas de valor que não demandam grande despeza para sua cultura.

Mas não é esta ocasião oportuna para estar a espraiar-me em longas palestras.

Tenho de limitar-me ao questionário da Portaria, mas, se preciso fôr, muito agradável me será, e não pouparei o menor incómodo, antes pelo contrário, consolar-me-hei, no meio das adversidades, por ter com os outros, de algum modo pelo menos, concorrido para aliviar os sofrimentos dos miseráveis leprosos.

Reconhecem todos á uma, que é exuberante a Flora de Gôa, privilegiada de plantas que tem dado resultados maravilhosos em algumas moléstias.

Na Flora de Gôa tem o clínico estudioso, toda a espécie de agentes terapeuticos.

Apezar de termos todavia á mão tantas drogas eficazes, contudo pela nossa indolência, ou fascinados talvês pelos reclamos que apregoam curas maravilhosas, sempre ao estrangeiro recorremos com grandes gastos, e, não raras vezes, ora chegamos a resultados negativos, ora não satisfatórios.

Julgar-me-hei feliz se uma série de experimentações, pacientes e assiduas com as plantas cujos especimens acompanham esta modesta Memória, junto com as monografias de duas delas, der em resultado a descoberta dum *agente ideal* para a cura de lepra, um remédio eficaz que dê ao médico toda a segurança sem fazer incorrer o paciente em algum perigo.

Se os profissionais de Goa chegarem a confirmar e colher bom resultado das plantas que vou índicar para a terapeutica de lepra, ter-se-há feito uma aquisição valiosissima.

Nutro a esperança de que a nossa Escola Médica á maneira da comissão nomeada em 1894 pelo governo da Inglaterra se esforçará com suas investigações para resolver o problema da profiláxia da lepra.

E nutro, ainda a esperança de que a maneira do Dr. Row que há pouco demonstrou no Congresso Scientifico em Bombaim os resultados da cura dos leprosos, obtidos com uma nova vacina por ele preparada, sairá da nossa Escola Médica alguem que com suas investigações apresentará um novo agente para combater a lepra.

# Conspectus Plantarum Medicinalium quæ ad medendam lepram proficue utuntur

Entre as *plantas antidartrosas e parasitícidas* da Flora de Gôa ocupa o primeiro logar a

***Hydnocarpus Wightiana*** Blume

E' a H. inebrians de Vahl, da família das Bixineas, cujos frutos conhecidos por *khôxtam* ou *fôshtam* de cujas sementes se extrai o óleo *fôshtel*, são bem conhecidos do vulgo que costuma arder em casa êste óleo que se encontra no mercado.

Árvore alta de folhas grandes coriáceas ou membranosas. Frutos globosos do tamanho duma laranja, de casca dura, cheios de sementes com albumen oleoso.

O óleo que nos seus caráteres fisicos e composição química muito se parece com o de *Chaulmogra*, tem sido recomendado como um excelente *succedâneo* de Chaulmogra.

Os ácidos que se obtêm do óleo consistem principalmente do *ácido Chaulmogrico* e um homólogo inferior da mesma série. Power e Barrowcliff deram ao novo ácido o nome de *Hidnocarpico.*

De data muito remota nos vem o emprêgo do óleo de *Hídnocarpus* nas moléstias cutáneas. Os hindús conheceram as suas virtudes alterantes, estimulantes e parasitícidas. Na Presidencia de Bombaím continúa-se a usar na lepra com resultados satisfatórios. Em Madrasta onde os *recipes* são mais de drogas indigenas, e particularmente em Travancore, onde a planta é muito vulgar, costuma-se administrar internamente nas afecções leprosas em doses de meia colherinha, dose que Ainslie também recomenda na lepra duas vezes ao dia.

Os Drs. Lisbôa, Khory, Dymock, Kirtikar e Basu, e outros falam do óleo como succedâneo. de Chaulmugra na lepra e noutras moléstias cutâneas.

O Dr. Khory dá a seguinte formula para uma espécie de *lep* que recomenda se friccione nas moléstias de natureza escamosa :—Óleo de Hydn. 2 partes, dto. de Jatrapha Curcas, Grão maluco *eroud* 2, enxofre 4, cânfora 1. e sumo de Citrus ácida 20 partes.

Na Presidencia de Madrasta, se prepara um óleo das se-

mentes de Hydnocarpus que a medicina ayurvedica preconisa como um *específico* de alto valor contra a lepra, reputado, por experiência, *superior* ao *Chaulmogra*.

Eis o processo por êles seguido para preparar o óleo : pisam-se as sementes sem episperma e fervem-nas em água decantando em seguida o líquido.

Durante os últimos quatro anos experimentações feitas com o óleo de Hydnocarpus, preparado dêste modo no Hospital de leprosos do Govêrno de Madrasta, deram excelente resultado, continuando a ser empregado como um específico.

Transcrevo aqui *ipsis verbis* um relato dos casos tratados neste hospital entre 1918-19 com o dito óleo, com o intuito de incutir um estímulo nos nossos clínicos, e para, com maior confiança, lançar não duma droga que a toda a hora podemos ter, droga experimentada num dos primeiros hospitais de leprosos na India. Suspendendo por algum tempo o *Ginocardato* que nem sempre podemos ter recente—chegariam a certificar-se da eficácia da droga confirmada como um especifico *par excellence* por uma eminente personalidade médica de Madrasta, Cirurgião-Mór Honorário que foi do Hospital de leprosos ; incumbido pelo Govêrno de investigar as drogas ayurvédicas, falecido há poucos anos.

" Durante os primeiros oito a dez dias preparou-se os pacientes, administrando-se-lhes todas as manhãs 5 grãos de sementes em pó de *Croton tiglium*, que foi bastante para os fazer dejectar duas ou tres vezes.

Começou-se em seguida administrar 5 gotas do óleo de Hydn. com dose igual do óleo da gordura de **Python**, aumentando-se diáriamente uma gota á dose supra até se chegar a administrar 30 gotas.

Três doentes que neste hospital se sujeitaram a êste tratamento, apresentaram sensíveis melhoras no seu estado geral, embora fôssem demoradas. Apenas um dos pacientes não pôde suportar a droga, reduzindo-se a dose por manifestar náuzea. Dois dêstes casos, crónicos de longa data apresentavam nódulos na face, lóbulos das orelhas, úlceras nos dedos dos pés e mãos e grandes manchas anestesicas em várias partes do corpo. Um dêles apresentava no pé esquerdo uma úlcera redonda, pois parecia estar perfurado o pé que causava lástima !

Outros com grandes ulceras nojentas em ambas as pernas. O terceiro, de tipo anestésico, evadiu-se do hospital, desesperado talvez com horriveis sofrimentos, depois de se sujeitar ao tratamento por uma quinzena. Quatro outros casos crónicos eram de forma anestésica e um de variedade tuberculosa.

Nestas ensaiou o médico injecções intra-musculares com óleo de Hydn. e **óleo de Pithon** em partes iguais, mas um retirou-se depois da terceira injecção,

A dose para injecções no primeiro dia foi de 10 gotas. Continuou-se com injecções em dias alternados, aumentando a do-

se do óleo, misturando 5 gotas cada vez, até que cada doente chegasse a receber 40 gotas, dose esta que foi injectada por alguns dias. Notaram-se melhoras lentas. mas decididas; gradualmente ía desaparecendo a anestesia; saráram-se as úlceras, uma após outra e foi diminuindo a saliência das marcas repugnantes.

Quando a dose chegou a 30 gotas os doentes manifestaram uma sensação de dôr á picada da agulha na séde da injecção. As injecções não deram logar a supuração ou qualquer outro incómodo sério. Dois dêstes doentes aborrecidos com as injecções não quizeram continuar o tratamento.

Não há dúvida que os doentes aproveitam muito com as injecções.

Como os pacientes eram de longa data, e as melhoras não eram bem pronunciadas, variou-se o tratamento. Submeteram-nos a doses de 10 gotas do oleo puro do Hydn. sem nenhuma mistura junto com uma confeição preparada. moendo amendoa das sementes com amendoa de côco, gengibre e jagra.

Administrou-se o óleo na manhã, uma hora antes do almoço e a confeição na tarde Dois outros casos de lepra anestesica fôram submetidos a êste tratamento, mas um dêles retirou-se do hospital logo depois do tratamento preliminar.

Os dez casos, que para experimentar êste tratamento fôram escolhidos no hospital, são dos individuos que sofriam de lepra, há mais de 8 e alguns de 20 anos até. Apresentavam ulceras hediondas que tinham perfurado o metatarso; os dedos das mãos e pés com grandes ulceras estavam encolhidos. Três eram de forma tuberculosa e os outros de variedade anestésica. Uns tinham perdido as falangetas, outros as falanginhas de pés e mão, apresentando um aspecto medonho. Além de náusea de que apenas um se queixou, nenhum outro manifestou qualquer incomodo, proveniente do uso de Hydnocarpus.

Antes pelo contrário a maior parte dos pacientes deram-se tão bem com êste tratamento que, com instâncias rogavam que se continuasse o tratamento com o Hydnocarpus. Estão sob observação neste hospital muitos doentes externos de 6 a 2 anos. ( Dezembro de 1919 ) submetidos ao tratamento do óleo e confeição. Um dêles apresentou sensível melhora e quási curado, passando a anestesia e desaparecendo todas as manchas que o desfiguravam. Os outros vão também apresentando melhoras notáveis."

Concluo o presente relato com as palavras do insigne Cirurgião-Mór "**From what I have seen. I have no doubt that Hydnocarpus inebrians is a *potent drug* for ameliorating the loathsome complications of leprosy**".

Segue agora ainda mais uma interessante nota dos casos de lepra, tratados pelo mesmo médico, com os preparados de

Hydnocarpus inebrians. Com referência a afirmação feita em 1919 "**I have no doubt that Hydn inebrians.....complications of leprosy**" diz o eminente médico: "Não errei no meu asserto sôbre a excelência do Hydnocarpus na lepra. De então para cá (20 de Agôsto de 1920) têem estado neste hospital sôb tratamento 30 leprosos com sinais e sintomas caracteristicos, por periodos que variávam dum para outro. As secreções nasais de alguns dêstes apresentaram bacilos de Hansen. Pelo que tenho estado a observar minuciosamente, posso dizer que são devéras lisongeiras as melhoras dêstes doentes. Um dêles quási completamente restabelecido! Quem agora o olhar com dificuldade reconhecerá que tivesse passado por lepra. O único defeito que lhe ficou, foi a retracção dos dedos.—Tinha êle duas ulceras nos pés, que tinham perfurado o metatarso, e todo o corpo coberto de manchas anestesicas. Tão bom se acha agora, que está em condições de ocupar-se como dantes em dar lições de Sanscrito.

Onze doentes mais sob tratamento teem apresentado pronunciadas melhoras. No mapa da estatística da cura dos leprosos vão marcados como estacionários os doentes admitidos há dois meses.—Eis o tratamento que se adoptou na cura destes, excepto um, em que variou um pouco; quási o mesmo como com os 10 casos do ano passado. Purgante preliminar com pó purificado de sementes de *Croton tiglium* por 8 a 10 dias; em seguida óleo de Hydn. em doses de 8 a 10 grãos de manhã e 20 grãos de confeição de sementes de Hydn. na tarde. Foi preciso além dêste tratamento fazer injecções sub-cutáneas a um dos doentes com soluto de *Hydnocarpato de Sodio* (2 c c) preparado no laboratório quimico. Apesar de o doente estar sôb tratamento apenas por 10 semanas, manifestou melhoras rápidas.

Continuam sob tratamento muitos doentes incluindo neste número 4 rapazes de 6 a 13 anos cujo pai leproso faleceu, há dois anos de disenteria aguda.

E tanto basta para os clinicos de Goa lançarem mão da nossa droga de preferência ao Ginocardato e Chaulmoogra, que de grande distância nos vem, e quem sabe quantas vezes adulterado e falsificado.

¿Não serão bastantes as experiências feitas no hospital de Madrasta para se depositar maior confiança na nossa droga?

### *Ligeira observação botânica sôbre a Hydnocarpus e suas espécies*

O género *Kidnocarpus* tem sido assunto de discussão em *Botânica*.

E' na Flora de Goa e na Presidência de Bombaim representado por *H. Wightiana*, Vahl, vulgar no Malabar. Também conhecido por *H. inebrians*, Blume.

Em Madrasta, onde as sementes são importadas de Cal-

cutta, há no jardim botânico uma planta desta espécie, conhecida por *H. trifolia*. A *H. venenata*, Gaert. à que se vê referência *Philipin Journ of Science* de 23 de Dez. de 1923 conforme Planchon et E. Collim se identifica com a *H. inebrians*.

Gaertner no seu *De Fructibus et Semionibus Plantarum* denominou-a *H. venenata*, como me parece, pelo facto de os seus frutos toxicos serem aproveitados para intoxicar peixe dos riachos, facto a que faz referência o nosso Lisbôa no seu *Plants used for poisoning fish*. Planchon et Collin confirmando o facto no seu *Drogues Simples d'Origine Végétale* dizem que a absorção do peixe intoxicado por êste processo deu logar a acidentes sérios, terminando pela morte

Há, porém, na Índia, outras espécies *H. alpinus* no Nilgigris, perto de Coonoor e *H. odorata*, *Ginocardia odorata* ou *Chaulmogra odorata* a que Drevry dá o habitat na provincia do Assam, distrito de Sylhet e Sikham.

Drs. Kirtikar e Basu falam duma quarta espécie, *H. heterophyllus*, Kurz ou *Taraktogenos Kurzii*, King a que dão o habitat no golfo deMartaban, onde é vulgar, matas de Sylhet, Chittagong e Birmánia Superior.

Antes de 1900 supunham todos que o verdadeiro óleo do Chaulmogra era produto de sementes de Ginocardia odorata a que se deu até o nome de Chaulmogra odorata.—Investigações modernas descobriram até que por fim que o óleo de Chaulmugra é o produto de *T. Kurzii* e não de G odorata.

Os laboratórios químicos demonstraram que o óleo da T. Kurzii e das de G. odorata eram distintos nos seus caracteres fisicos e químicos; que o de Chaulmogra era sólido á temperatura ordinária e o de Ginocardia líquido; que o óleo desta era inactivo e daquela activo; que o óleo de Gin. cheirava ao de linhaça.

Concluiu-se finalmente que o *verdadeiro óleo de Chaulmugra* era *produto de T. Kurzii*.

Há nas Filipinas uma outra espécie, *H. Alcalae* cujos frutos volumosos se parecem com pequeno côco e encerram muitas sementes. Dão 65 p. c. de óleo que contem ácido Chaulmugrico.

As de *H. inebrians* dão 44 p. c. de óleo que contem ácido Ginocardico: as de *G. odorata* dão 30 a 50 p. c. de óleo que contem 11 p. c. de ácido Ginocardico: as de *H. heterophyta* dão 30 a 31 p. c. de óleo com 23 p. c. de ácido Chaulmogrico.

Muito lucraria o país, se o Govêrno tentasse naturalisar nesta terra outras espécies, a das Filipinas sôbre tudo que dá grande percentagem de óleo.

Outra planta com que a Natureza priviligiou, a flora de de Gôa para minorar os sofrimentos dos leprosos, cultivada nos jardins dos que apreciam a acção dos vegetais que purificam o ambiente, muito vulgar nas Novas Conquistas e em Pondá,

# Summarised statistics of leprosy treatment in the Leper Hospital Madras—1920

| | Number of cases treated with oleum Hydnocarpus inebrians and Python's fat | | | | Number of cases treated with oleum Hydnocarpus and Confection | | | | Number of cases treated with injections of sodium Hydnocarpate | | | | Duration of disease | Lenght of treatment | Dose of Hydnocarpus Python's fat | Dose of oleum Hydnocarpns and Confection | Dose of sodium Hydnocarpate for injection | Total number of cases treaten. | Result | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oleum Hydn and Python's fat | | | | Oleum Hydn and Confection Hydn. | | | | Infection of Sodium Hydnocarpate | | | |
| | Anaesthetic. | Mixed. | Nodular. | Total. | Anaesthetic. | Mixed. | Nodular. | Total | Anaesthetic. | Mixed. | Nodular. | Total | | | | | | | Worse | Stationary | Slightly improved | Considerably improved | Worse | Stationary | Slightly improved | Much improved | Worse | Stationary | Slightly improved | Much improved |
| Leper Hospital, Rayapuram (1) | 7 | 3 | | 10 | | | | | | | | | 8 to 20 yrs. | 4 months | 5 to 60 drops | | | 10(1) | | | 2 | 4 | | | | | | | | |
| Out-cases | | | | | 29 | | | 29 | | | | | 6 months to 20 years | 1 to 12 months | | 10 drops of oil and 20 grains of Confection | | 29 | | | | | 9 | 9 | 11 | | | | |
| Do (2) | | | | | | | | | 1 | | | 1 | 10 years | 10 weeks | | | 2 c c | 1(2) | | | | | | | | | | | | 1 |
| Total | 7 | 3 | | 10 | 29 | | | 29 | 1 | | | 1 | | | | | | 40 | | | 2 | 4 | | 9 | 9 | 11 | | | | 1(1) |

Está conformé com o original.
*L. Pereira de Andrade*

(1) Three cases left the Hospital, and the other case refused treatment.
(2) Steadly improving.

*M. C. Kunan. Hon Phisician*
Gen. Hosp. Madras

donde nos veio exemplar é a

***Azadirachta Indica***, Juss.

Meliacea, conhecida também por *Melia Azadirachta* ou *M. Indica*, *Amargoseira*, denominada *Nimbo*, por Garcia da Orta, e entre nós conhecida pelo nome de *Quininam-ruc* ou *Nimb.*

E' uma das que, menos a parte lenhosa ou antes 9 das suas 10 partes podem ser aproveitadas na medicina, tendo por-isso merecido a honra do assunto entre outras na Mat. Med. da India, na de Hindostão, de Ainslie, na Pharm. da India, nas Mat. Med. de Bombaim, Madrasta e outras obras que também lhe fazem referência honrosa.

Árvore grande, de copa frondosa, aproveitada para purificar o ambiente e ornamentação de avenidas.

Os seus princípios activos, *Catechina*, *Margosina e Acido Margósico* fôram já aproveitados na medicina.—Conhecida também a acção fisiológica especial de cada uma das partes, sendo a das folhas, noses e óleo estimulante, antiséptico poderoso e parasiticida : a sua *sura* ( seiva ) é um refrigerante e tónico alterante.

Todos os ayurvedicos falam dela.

Mohideen Sheriff na Mat. Med. de Madrasta é porém quem encarece as suas altas propriedades por êle experimentadas e observadas.

Não podendo estender-me muito, limito-me ao principal.

Recomenda êste Cirurgião Honorário do Gov. de Madrasta misturar o óleo de margosa com o de Chaulmoogra, externamente nos leprosos para evitar excoriação, irritação e dôr das ulceras.—Diz também que o óleo de Margosa na sua clinica hospitalar deu bom resultado nos leprosos crónicos e noutras moléstias cutáneas com úlceras malignas de qualquer natureza. Recomenda mais o decocto das folhas como um antiséptico que pode substituir as loções do ácido carbólico.

Chakradatta preconiza cataplasmas de fôlhas com óleo de gergelim nas ulceras malignas, recomendando também o óleo de Margosa junto com o de Chaulmogra e balsamo de ( *Gurjun* ) *Dipterocarpus levis.*

Os Drs. Wight, Waring, Corniste, Macnamara, Khori e outros falam no uso das folhas e óleo na lepra e outras moléstias da pele.

Ultimas experimentações no Gen. Hosp. de Madrasta com essência da planta em dose de 10 gotas com água deram bom resultado nas moléstias crónicas de pele, melhorando não só o estado geral, mas indirectamente, auxiliando a acção rápida doutras drogas.

O Major Spencer tratando dos usos desta planta diz ser a droga muito eficaz na malária crónica, poderoso alterante na sifiles crónica : que o óleo, embora não seja um especifico,

lhe deu excelentes resultados num caso de lepra: que o óleo externamente é um parasiticida de valor em todas as afecções cutâneas de qualquer natureza: internamente em dose de 5 a 10 gotas, uma a duas vezes ao dia aproveita na lepra e outras doenças onde fôr indicado um alterante.

Em 1913 Allen no *Indian Forester* trouxe ao conhecimento o facto de os leprosos tomarem com gosto a seiva desta árvore como excelente remédio.

### *Melia Azzdirach*, Linn

Outra congenere, conhecida por *Amargoseira bastarda Phiraingui (europeu) Limb.*—Naturalizada, rara, cultivada nos jardins. Teve assento na Mat. Med. Ind. e na de Madrasta. Arvore que difere doutra nas folhas: as destas bipenadas, daquela, penadas: flôres desta, pequenas, côr de lilaz, fragrantes: raiz desta, externamente castanho-escuro; internamente escura ou com estrias brancas: raiz daquela, externamente cinzenta; internamente, foleacea e amarela.

A outra é mais apreciada que esta. Os árabes e persas fazem uso de folhas e casca na lepra, como também dos frutos, apesar de venenosos. Na América tem sido interna e externamente usadas as folhas e casca na lepra e escrófula, bem assim os frutos.—Das suas virtudes parasiticidas falou Loureiro antes doutros botânicos indianos e disse Garcia que o sumo das folhas doutra sarava milagrosamente as chagas.—E' narcótica em maiores doses.

### *Nerium Odorum*, Roxb.

Apocinea, conhecida por *Loendro* e por estas partes de Salsete por *Mistiss* ou *Mestiço*, nome curioso cuja origem estou a investigar.

Por causa das suas flores vistosas e fragrantes cultivada em quási todos os jardins, tendo chegado a observar também nas gares das estações de nossa linha férrea.

Apresentam-se duas variedades: ambas com folhas lineares, lanceoladas, flores com corda asalveada e fouce coroada de segmentos lacerados: uma, branca com petalas singelas; a outra côr de rosa com petalas dobradas: é rara a v. branca.

As partes usadas são: folhas, casca e até a parte lenhosa do arbusto! Externamente, folhas em pó, decocto ou extracto. Internamente, é conveniente administrar o extracto alcoólico da casca em vez dos alcaloides.

Dujardin—Beaumetz e Bardet dizem ser a sua acção fisiologica idéntica a do estrofanto, e conforme Frazer a da Digitalis.

Os principios activos *Neriodorina*, *Neriodoreina*, *Oleandrina*, muito tóxica, *Pseudocurarina*, estas duas de propriedades

análogas as de Curarina, conforme Luksmski, *Rosaginina*, *Neriina* conforme Schmiedeberg, análoga a Digitalina, e *Neriantogenina*, são todos toxicos e venenos cardiacos muito perigosos de propriedades análogas ás de Digitaliretina.

Nos tratados da medicina hindú, como no *Nighantas* vê-se referência ao seu uso externo na lepra, ulceras, gangrenas e moléstias da pele.

O Tabef Sheriff, traduzido por Dr. Playfair e outros tratados de medicina hindú fazem referência ao uso da planta na lepra e outras moléstias da pele, apezar de todas as partes serem venenos violentos. Recomenda-se ainda o decocto das folhas nas afecções edematosas e o óleo da casca da raiz na lepra.

Ainslie, e ultimamente Baden Pavell no seu *Punjab Plants* fazem referência ao em prego da casca da raiz na lepra e noutras moléstias de pele.

Estas notas colhidas com muita paciencia são no entanto assunto aos clinicos de Goa para novas investigações.

## *Hydroctyle Asiática*, Linn

E' uma planta que merece estár á direita da *Hydnocarpus*. Embora de familia diferente, tem propriedades que tem sido aproveitadas na terapeutica de lepra.

Por uma providencia da Natureza, muito felizes os habitantes da Índia Portuguesa. Temos o remédio ao lado do mal. Raros paises com tantos agentes terapeuticos de valor cujo proveito tiram os estrangeiros!

Se a Hydnocarpus, árvore grande é exaltada como especifico contra lepra, não deve ser humilhada a Hydroctyle, planta a perder-se nos logares sombrios!

Medicamentos novos não podem facilmente abrir caminho sem entrave entre as drogas congeneres. Não se dá porém, isso com a Hydroctyle que, há quási um século, teve assento nas Farmacopeas inglesas e francesas.

Ciumenta da reputação da Hydnocarpus procurou ela, por seu turno, se não depreciar a eficácia, pelo menos competir com ela.

A Monografia que acompanha a Memória diz do seu alto valor, quanto basta.

Informações posteriores que pude ter levam me a encarecer ainda mais o seu valor e pedir a atenção dos nossos clínicos para repetir os ensaios.

As propriedades tónicas, alterantes e depurantes fôram também confirmadas por Planchon e Collin.

Nêstes últimos anos foi a droga administrada em pó, decocto ou xarope aos leprosos do Hospital de Madrasta. Em 2 casos de Psoriase crónica o xarope de folhas deu excelente

resultado dentro em poucos dias após o uso da droga, cicatrizando-se as manchas salientes.

Deixo também aqui trasladado do – **Nouveaux Médicaments, introduits dans la Thérapeutique**, o testemunho do Doutor em medicina e sciências naturais, Victor Guibert:—

"Plusieurs médecins des possessions françaises dans les Indes Orientales ont traité un grand nombre de maladies de la peau, au moyen d'une plante originaire de ces contrées et comme sous le nom d'Hydrocotyle asiatica. C'est particulièrement contre la lèpre qu'ils ont experimenté ce médicament...

L'hydrocotyle a été experimenté dans l'Inde par M. Boileau, M. Poupeau, chirurgien de première classe de la marine, M. le docteur Houbert, et M. M. les membres du Comitè médical de Madras.

M. Boileau assure avoir amélioré la position de cinquante—sept léprux et avoir même obtenu trois guérisons complètes. Du reste les assertions de M. Boileau ont été vérifiées par M. le docteur Leroux, médecin d'hospice civil de l'île Maurice. M. Boileau assure en outre que le sirop d'hydrocotyle guérit toutes les espèces de dartres, et jouit aussi d'une grande efficacité contre les rhumatismes et les ophthalmies chroniques.

Ledocteur Poupeau a signalé des guérisons presque parfaites d'un éléphantiasis des Grecs, et d'un éléphantiasis des Arabes. Le nommé Sinassamy, détenu à la prison générale de Pondichery, était affecté depuis douze ans d'un élephantiasis des Grecs; ce malheureux, après avoir été soumis pendant près de trois ans aux différentes médications usitées contre la lèpre, était dans un état désespéré, lorsque M. Poupeau songea à lui administrer l'hydrocotyle.

Après sept mois de traitement, dit cet honorable praticien, toutes les ulcérations sont cicatrisées; l'écoulement puriforme du nez est tari, la voix est devenue plus claire et distincte; les tubercules des mains se sont effacés; les pieds, revenus à leur forme et à leur volume réguliers, permettent désormais la marche et la station prolongées; la turgescence générale du tronc n'existe plus."

M. Poupeau signale en outre les bons effets de ce médicament dans un cas de rhumatisme chronique a accés très—fréquents et très-rapprochés.

M. le docteur Houbert a signalé huit cas de guérison ou mieux d'amélioration sensible chez des individus affectés de dartres rebelles on de lèpre. Dans tous ces cas, deux ou trois mois ont suffi pour faire cesser la demangeaison: cette propriété calmante de l'hydrocotyle a, du reste été vérifiée par les praticiens français."

### *Calotropis gigantea e procera*

Experimentaçĉes dos Drs. Playfair, Robinson, Casanova,

Morton, Rogers, Irvine, Hutchinson e outros que empregaram a **Mudarina** na lepra e noutras moléstias, alguns dêles com bom resultado, como consta da **Monografia** desta planta, parece-me são bastantes para com toda a confiança se administrar a droga nos casas indicados.

Planchon e Collin fazem também referência á suas propriedades eméticas e alterantes.

### *Semecarpus Anacardium*, Linn.

Anacardiacea, árvore muito vulgar em Gôa, conhecida por **Fava de marcar roupa** por as lavadeiras se servirem do suco do fruto com um pouco de cal, que para marcar roupa é superior as melhores tintas importadas da Europa. Conhecida entre nós por *Bibôi*, a que Garcia de Orta deu o nome de *Favas de Malabar*.

O suco doce e ácido na sua acção é análogo ao ácido *anacardico e caldol* do nosso bem conhecido cajueiro.

Diz Garcia que é bom caustico para alporcas e os frutos vendem-se na praça como azeitona."

Ainslie fala dos usos do suco em pequenas doses nas afecções leprosas, escrofulas e venereas.

O autor de Mat. Med. de Madrasta ( 1891 ) diz que a sua experiência o leva a dizer que o óleo internamente em doses repetidas é um *remédio soberano* no reumatismo crónico, assegurando ao médico uma cura mais segura que a com ácido salicilico, salicilato da soda etc. a ponto de alguns doentes que não podiam suster-se sem serem auxiliados, ficarem completamente curados com o efectuário do óleo desta planta.

Diz também aproveitar na lepra, sifilis secundária, anestesia e psoriase.

Os médicos árabes e persas reputam o electuário como agente de valor nas doenças cutáneas.

### *Anacardium Ocidentale*, Linn

Outra anacardiácea, muito vulgar, o nosso Cajueiro de todos conhecido.

Os seus principais activos são ácido **anacardico e cardol.** Os preparadores recomendados na Mat. Med. de India são: infusão da casca, tintura e unguento de anacardo.

Dizem os autores que se usa o óleo na lepra tuberculosa, impigem e úlceras malignas: a tintura como vermifugo : o espírito distilado do sumo do cajú é forte e diurético, internamente recomendado no reumatismo.

### *Acacia Calectur*, Willd.

Leguminosa, representada na nossa Flora por A **suma** e A. **sundra**, esta muito vulgar nas Novas Conquistas, aquela em várias partes.

Ambas as variedades dão a **Terra Japónica**. conhecida por **Cato ou Cate**, conforme Garcia, substância astringente.— Princípios activos : **Tanina**. **Catechina e Acido minotánico**.

Os tratados dos maometanos e hindus que por tradição conservam a noção dos vegetais, úteis a saúde falam das propriedades da planta que recomendam como astringente nas úlceras e moléstias da pele.

Mohideen Sheriff encarece a eficácia dum unguento preparado com 60 grãos de Catechu em pó misturado com uma onça do unguento ordinário no tratamento de várias espécies de úlceras. Nos casos muito rebeldes recomenda adicionar 16 grãos de sulfato de cobre a cada onça de unguento. Dá um relato dos casos de úlceras sifiliticas, leprosas e outras, tratado com bom resultado depois de ter ensaiado todas drogas ordinárias.

# APÊNDICE

## Monografias sôbre Hydroctyle Aziática e Calotropis Gigantea

### *Hydroctyle Asiatica*, Linn

**Ident.**—*W & A prod. I. p. 366—Dec. prod. IV p. 62—Roxb. fl. Ind. II pág. 88.*

**Gravura**—*Wight Icon. t 565.—Rhede. Hort. Mal. X. t 46.*

**Nomes vernaculos.**—*Ekpani, Gundôri-Bhaje, Shetantulókaruno, Umdri.*

**Nomes classicos.**—*Hortelã brava indiana, Port., Bevilague Hydroctyle Asiatique, Fr. Indian penny-wort. Ing.*

**Familia.**—*Umbeliferas.*

**Descrição.**—Perene, herbácea, rastejante deitando raizes e novas plantas nos nós, á proporção que vai estendendo-se; folhas pequenas, orbiculo-reniformes, crenadas, de verde escuro; peciolos longos,, pubescentes ou glabros e salientes; umbelas capitatas; fruto orbicular; flôres pequenas, purpurinas, tirante a vermelho.

**Habitat e cultura.**—A Hydroctyle que leva o nome de *Hydro*, água e *Kotyle*, cavidade em referência as folhas arredondadas, capazes de conter água, é planta a perder-se nos logares sombrios e hùmidos à beira dos poços, nos diques das várzeas. Cresce em toda a parte, e vê-se quási todo o ano; desprezadinha dos clinicos que muito proveito tirariam desta planta humilde cujas virtudes se vêem exaltadas por clinicos de renome e velhos tratadistas de medicina ayurvedica. As que crescem na várzea são mais vigorosas que as dos arecais, jardins, hortas e á beira dos lagos e pântanos. Consegue-se cultivar com minuta facilidade nas hortas. O tempo próprio para a colheita é o Abril.

**Partes usadas.**—Toda a planta, as raizes, flores e sementes até. Na farmacopeia da India em que teve o seu assento, há mais de 50 anos, recomenda-se usar só as folhas, mas por exprimentações posteriores tem-se sabido que as raizes, flôres e sementes são mais activas, recomendando-se porisso usar toda a planta.

**Composição quimica.**—A análise das folhas secas, feita

por D. Hooper, quinologista do Govêrno de Madrasta deu o seguinte resultado :- 8,9 p. c. de substâncias resinosas e oleaginosas, estas de natureza volatil e acre ; 24,5 p. c. de ácido tánico e açucar ; 11,5 p. c. de mucilagem e extractivos ; 12,5 p. c. de pectina e matéria albuminosa ; e 12 p. c. de cinzas compostas pela maior parte de cloretos alcalinos. Em 1855. Léprine descobriu um principio activo nas folhas, a que deu o nome de *Vellarine*, do tamul *Vellarai*, óleo volatil e amargo. *(Journ de Pharm et de Chim.)*

### *Preparados farmaceuticos e doses*

**Pó de folhas.** —São as folhas cuidadosamente separadas dos seus peciolos, espalhadas sôbre uma esteira á sombra, expostos ao ar livre numa temperatura moderada, não ao sol ou calor que lhes rouba a virtude. Sêcas, as folhas perdem 9 décimos do seu peso primitivo, ou seja, 10 onças de folhas frescas dão apenas uma onça do pó, dum verde pálido, que deve ser conservado em vaso bem fechado, de preferência com rolha de vidro. A dose é 3 a 5 grãos, podendo ser em pilulas, 3 vezes ao dia. O pó deitado sôbre as ulceras estimula e promove a sua cura.

**Cataplasma.**—preparada de folhas frescas por trituração em um almofariz com água fria. Aproveita como um estimulante eficaz nas ulceras sifiliticas e outras de qualquer natureza.

**Xarope.**--Cosem-se 90 gramas de pó em 2 garrafas de água, até que o liquido se reduza a metade, a que se juntam 2 arrateis de açucar, misturando-se tudo a temperatura de 31.° C. até a consistência devida de xarope. Dose : 1 oitava cada vez, podendo aumentar-se gradualmente.

**Extracto fluido**—de toda a planta incluindo a raiz, que dizem ter propriedades mais actívas. Uma onça de extracto deve equivaler a uma onça de pó. Dose : de uma a cinco gotas aumentando até chegar a quínze gotas por cada vez.

**Ungento.** Mistura-se 4 gramas de pó com 30 gramas de vaselina ou lanolina,

**Decocto.**—Para uma garrafa de água, 30 gramas de planta seca.

**Banho**—nas moléstias da pele. Cozer previamente em água suficiente 1500 gramas de planta recente.

De todos êsses preparados, o pó e o suco recente são a maneira mais própria e eficaz de administrar a droga, pois no xarope e no decocto, por exemplo, o calor estraga em grande parte o principio activo.

**Propriedades.**—*Externamente* ;—E' um estimulante, empregado com proveito, como se diz, no incómodo de quebreira dos pés uma espécie de queimadura impertinente nas ex-

tremidades inferiores, como também em diversos processos inflamatórios locais. Igualmente, nas úlceras em geral, seja de que procedência fôrem, em forma de pápa ou pó espalhado sôbre a superficie aberta.

**Internamente**:—E' valiosa sob três pontos de vista distintos;—1.º Como alterante geral, melhorando a condição do sangue nas moléstias cutáneas de origem constitucional, como sifilis, escrofula, eczema crónico *e lepra*): 2.º como sedante e ao mesmo tempo tónico nervino, nas doenças nervosas com epilepsia, histerismo etc., 3.º como estomáquico, sobretudo nas dispepsias produzidas por excesso de trabalho cerebral, e não menos como ligeiro diaforético e diuretico.

**Acção fisiólogica.**—Foi em 1888 que Dr. Clemente Daruty de Grandpré, procurou investigar a acção fisiológica da Hydroctyle que fôra conhecida dos velhos tratadistas da medicina ayurvedica, e posteriormente fôra preconizada como um específico nas doenças de pele, tendo dado bom resultado na *lepra.*

**No Nouveaux Remèdes.**—em que êste medico dá uma descrição das experimentações feitas nos leprosos com a droga que recomenda aproveitar inteira, por as raizes e os frutos serem mais activos do que as folhas da planta, que abunda na Ilha de Mauricio, diz ter notado, primeiro, uma sensação de calor na pele, especialmente nas mãos e pés, seguida em poucos dias duma couceira insupável; aceleração da circulação capilar, pulso mais cheio e forte, e, passada uma semana, sensiveis melhoras no apetite; mais faceis as funções das principais visceras, voltando aos eixos os intestinos e os rins tambem, tomando-se a pele mais macia, saíndo da pele dura as escamas, e finalmente restabelecida a função respiratória. Observou também, que a droga em pequenas doses era poderoso estimulante que actuava nos leprosos, manifestando sintomas acima discritos, que em grandes doses 1 a 2 gramas de pó, produziam estado vertiginoso acompanhado de cefalalgia e, em alguns, uma tendência a cõma.

**Usos terapêuticos**:—Nos mais antigos tratados da medicina hindú se vê referencia a humilde Hydroctyle. No *Raja Nighantu* de Narahari Pandita que o professor H. H. Wilson supõe ter sido escrito entre os séculos XII e XIII, e no *Madana Pála Nighantu*, de Madana Pála, rei de Konanj, composto no século XII foi a droga reputada como um alterante poderoso de grande proveito para "fortalecer a memória e desenvolver a inteligência" pela sua acção tonica no sistema nervoso. Rhede, Rumfius e Ainslie também conheceram estas propriedades.—No Malabar continua a droga a ser reputada como *um remédio da-lepra.* Dr. Boileau foi o primeiro que em 1852 trouxe ao conhecimento do mundo scientifico o uso da planta na *lepra.* M. Bouton no *Medicinal Plants of Mauritius* dá uma Memória interessante das experimentações do Dr. Boileau que

residia neste tempo na Ilha e, *havia anos sofria da lepra.*

Ei-la:

"Antes que experimentasse noutros, quís experimentar primeiro o remédio na sua própria pele, e tendo colhido excelente resultado, empregou-o depois em 70 outros casos, 40 dos quais tiveram notaveis melhoras: as feridas, tão repulsivas á vista cicatrizaram a bréve trecho, as manchas tornaram-se quási imperceptiveis, a pele foi sucessivamente ganhando em finura e *souplesse*, recobrando a sensibilidade perdida"

O método de se administrar a droga nesta moléstia, seguido pelo médico francês foi.

Para um adulto de 20 a 40 anos, e proporcionalmente menos para pessoas de menos idade começar com 20 grãos ao dia, em duas doses de 10 grãos cada, durante duas semanas; aumentar em seguida a dose com aumento semanal de 5 grãos, até se chegar a uma oitava, continuando-se assim por espaço de um mês; reduzir depois por 5 grãos semanais até se chegar a 10 grãos apenas por dia, suspendendo-se nesta altura o tratamento por um mês, por causa da acção cumulativa da *velarina*. Segue-se um novo *curso*, com a mesma escala ascendente e descendente.

O Dr. Alexandre Hunter director do Hospital dos Leprosos em Madrasta que ensaiou a droga nesta motéstia chegou a concluir que a droga não era um específico da lepra, mas que muito tinha aproveitado nas melhoras dos sintómas e estado geral dos doentes.

No *Madras Medical Reports* de 1855 no qual publicou uma interessante *Memória Botânico-farmacológica*, se encontra notícia detalhada das suas experiencias nos leprosos.

> "Diz o Dr. Hunter ter experimentado a *droga em 79 casos da lepra, 54 dos quais apresentaram notavel melhoria* na sua saúde em geral e nas ulceras que se sararam por completo. Diz ter também experimentado a droga em muitos outros doentes, como um alterante poderoso, tónico geral, estomáquico notável, diaforético e diurético, embora ligeiro.

O Dr. Waring, da Farmacopéa da India que também experimentou a droga, e deixou registadas as suas experiências nos *Indian Annals of Med. Sciences* de 1898, chega á mesma conclusão do Dr. Hunter, e diz que a droga é muito eficaz na sifilis secundária e constitucional especialmente nos casos em que estejam afectados a pele e o tecido celular subjacente. Nas ulceras não especificadas e nas doenças da pele em geral, diz ser a droga de grande eficácia, tanto interna, como externamente.

Dr. J. Shortt, porém, fala muito a favor da droga que julga ser um *alterante capital tónico em todas as afecções leprosas.*

As experimentações do Dr. Waring fôram confirmadas em 1885 na Europa, particularmente na Alemanha e França a onde a droga tem tido desde então muita procura.

Deixamos aqui registados mais casos de doenças da pele tratados com a droga para que possam servir aos nossos clinicos para prosseguir as experimentações, já confirmadas, e fazer novos ensaios.

Eis um caso interessante, relatado por Dr. Patwardhan, de Palanpur, citado pelo f. Dr. Loiola Furtado :

"Creança de 8 anos com penfigo do mais de dois anos de duração.

Erupção nas pernas e côxas sobretudo, abdomen, mãos e testa, aumentando durante a estação calmosa. Seis meses de tratamento com iodeto de potássio, arsénico, salsaparilha e mercuriais. Pequenas melhoras temporárias durante o tratamento, voltando logo a erupção com mais fôrça. Emprego da Hydroctile: Suco recente ao principio, depois um distilado das folhas, em dose de meia onça duas vezes ao dia. Após umas duas semanas, notável melhora, e dentro dum mês as úlceras completamente saradas. Mais um mês de tratamento, e a criança completamente livre da impertinente moléstia".

Em 1895 escreveu o Dr. Dalgado no Arquivo Médico da India com respeito a Hydroctyle:

"A droga tem sido *usada com proveito na lepra*, sifilis, eczema, escrofula e reumatismo crónico. A minha experiência limita-se a *alguns casos de lepra*. Não posso dizer que a droga "curou" algum paciente, mas pareceu-me ser um paliativo, especialmente quando administrada no começo da molestia".

O finado Dr. Loiola Furtado—que fazia largo uso desta e doutras drogas indianas na sua vasta clinica, e que não chegou infelizmente a dar conta das suas observações que careciam de tempo para melhor se afirmarem, o que esperava fazer, mas não pôde por ter sido victima duma morte prematura—numa Memória sôbre a *Hydroctyle*, relata casos interessantes dos efeitos da droga sôbre certas molèstias do sistema nervoso.

Trasladosos aqui para completar a monografia da humilde planta, despercebida de muitos clinicos de Gôa.

Eis o relato duma das prímeiras experiências feitas pelo Dr. G. B. Kher, lente demonstrador por alguns anos no Grant Medical College de Bombaim :

"Fiquei devéras impressionado com as virtudes medicinais da *Hydroctyle* há uns anos atraz, observadas em um cavalheiro que sofria de *ataques epilepticos desde longa data*. Viéra-lhe a doença aos 30 anos. Nunca adquiri-

da molestia venerea de qualquer espécie. Os seus hábitos eram muito simples e regulares : nem sequer fumava. Durante dez anos seguidos, de mês a mês, sobrevinha-lhe um ataque. O intervalo tornava-se um pouco maior quando residisse nas altitudes, tornando-se logo curtò quando se aproximasse do mar. A mais, eram incómodos de cabeça —cefalalgia, uma espécie de tontura cerebral, estado vertiginoso as vezes—juntamente com insomnia e digestão fraca.

Tentara uma série de remédios durante muitos e longos anos. Ultimamente, largara tudo, e submetêra-se unicamente ao tratamento pela *Hydroctyle*. Começara por tomar em forma de suco de folhas recentes, pela manhã, uma onça, e meia misturada com um pouco de mel. Depois de alguns meses notara sensiveis melhoras na sua saúde em geral, passando-lhe a insomnia.

Digestão mais fácil, ataques menos frequentes. Com um pouco mais de um ano ao todo, a epilepsia passara de vez.

Esse cavalheiro vive ainda ( 1905 ), tem 65 anos de idade, e nunca se lhe repetiu qualquer novo ataque. Emquanto sofria de epilepsia tivera dois filhos, ambos os quais adqueriram a mesma moléstia e curados ficaram ambos exclusívamente pela *Hydroctyle*.

Depois disso, diz o Dr. Loiola Furtado :

O Dr. Kher empregou a mesma medicação em diversos outros casos, igualmente com bons resultados, recomendando-a depois a vários clinicos.

Também no histerismo e em alguns doentes com mania aguda, se exprimentou, a droga com muito proveito. Deminuida a excitabilidade, actuava depois como tónico. Na histeria fez mesmo a experiência de administrar, em alguns tónicos nervinos como preparados de zinco e arsenico brometos etc : e em outros, juntamente com êsse tratamento, mais *Hydroctyle* em pó : com a diferença de que nestes últimos doentes os efeitos foram decididamente melhores e permanentes.

Regista outro caso, observado na clinica do distinto mèdico pela. Universidade de Bombaim, R. Ubaldo Pais, que diz ser sugestivo e tipico :

Rapariga dos seus 14 anos. Organização fundamentalmente nervosa. História de sifilis no pai. Menstruação irregular. Ataques epileptiformes frequentes, as vezes alguns durante o dia, diminuindo com tratamento racional, mas voltando sempre de 15 a 15 dias ou de mês a mês. Casase. Vai na mesma. Passam uns três anos sem ter familia. Esgotados os outros recursos, o Dr. Pais dá-lhe por fim, exclusivamente, pó de *Hydroctyle* em pilulas. Depois de

algum tempo, desaparecem os ataques, há uma sensivel mudança para melhor quanto á nutrição, as côres modificam-se, regularizam-se os menstruos, e cremos que a mulher tem já hoje, senão dois, um filho pela certa.

Pelas suas experiências e pelo testemunho dos clinicos citados chegou o Dr. Loiola Furtado as conclusões que seguem:—

1.º Que a *Hydroctyle* é de *grande valor no tratamento de lepra*, embora não seja um especifico.

2.º Que igualmente é manifesta a sua acção na sifilis secundária e terciária, em quási todas as moléstias da pele, provenientes do que o vulgo costuma chamar—*um vicio sanguineo.*

3.º Que é um *incontestável sedante e tónico nervino*, superior em muitos casos no tratamento de moléstia nervosas aos que nos indica a nossa farmacopeia provávelmente porque ataca a causa, e não cura apenas um sintoma.

4.º Que é uma espécie de restaurador geral das principais funções do organismo—estomaquico, brando diaforetico e diurético—muito recromendável para os artriticos, por exemplo.

5.º Que finalmente tudo isso se poderá reduzir a uma só propriedade sua, capital, a de ser um *poderoso alterante geral* devendo notar-se, porém que a sua acção não é rápida, antes pelo contrário, bastante lenta, mas *duradoura e permanente.*

## *Calotropis Gigantea, Br.* / *Calotropis Procera Br.* — Mudar

**Ident.**—*Roxb. Fl. Ind. II 30; Rhede, Hort. Mal II., 31; Dalz.& Gibs, Bomb. Fl. 144.*

**Gravura.**—*Wight. Ic. t. 155, t. 1278.*

**Nome vernaculo** —*Rhui.*

**Nomes classicos.**—*Arbre á soie, Mudar, Gigantic swallow-wort, algodoeiro silvestre.*

**Familia.**—*Asclepideas.*

**Descrição.**—Arbusto muito ramificado e tomentoso, conhecido de todos; folhas glabras, pubescentes na superficie inferior, oblongas, obovadas com a base cordiforme; flores em umbelas e frutos inodoros, grandes, brancos ou côr de lilaz, cobertas de lanugem cinzenta. Foliculos cheios de fios sedosos e lustrosos, de permeio com sementes guarnecidas de uma agulheta sedosa; êstes fios que rivalizam com a melhor sêda de China vão voando pelo ar depois de os foliculos se romperem por não haver quem dêles tire proveito. Uma ligeira

incisão em qualquer das suas partes deixa correr um suco abundante, leitoso e acre. *Calotropis Gigantea e Procera* são variedades distintas da mesma espécie, com quási os mesmos caracteres botânicos.

A *Calatropis procera* difere doutra pelas suas flôres brancas.

**Habitat e cultura.**—O *Rhui*, *Mudar e Ak*, uma das plantas muito usada nas cerimónias religiosas dos hindús tem uma história, envolta em mitos os mais fantásticos. Supõe-se ter sido o berço do imperador Akbar que nasceu á sua sombra, e, conforme uma lenda curiosa, mitológica é o *Rhui* a transformação de Suriá, Sol.—São as folhas usadas pelas mulheres thindús no sexto dia do parto para propiciar a deusa dos partos. Costumam as mulheres hindús colocar sôbre a cabeça das parturientes uma folha do *Rhui*, e do mesmo modo em Gôa, tenho observado serem as folhas procuradas pelas parteiras para fricções sôbre o abdomen das parturientes nos partos laboriosos.

São de facto lindas as flores que talvez porisso mesmo levaram o nome *Kalos*, lindo e *Tropos* naveta. No *History of Bible Plants* diz John Smith que é esta uma das plantas que produzem a "*Maçã de Sodoma*".

A *C. gigantea*, muito vulgar na India encontra-se espontânea especialmente nos logares incultos e arenosos, nas nossas praias, sôbre dunas de areia onde se dá melhor. Floresce todo o ano. Cultura muito fácil em qualquer solo, mas, tenho observado que as plantas dos solos arenosos dão raizes mais volumosas e formam suco leitoso mais abundante.

**Partes usadas.**—A raiz, o suco leitoso e as folhas. O Dr. Wasing na sua Farmacopea em que a *Calotropis* tem o seu assento de honra entre outras suas co-irmãs recomenda só a casca da raiz que deve ser aproveitada de plantas de tempo em Abril e Maio, do solo arenoso, bem lavada umas duas vezes em água, e exposta depois ao ar, e não ao sol, de modo que o suco leitoso tenha tempo bastante para escorrer lentamente, para o que me parece, serão bastantes umas 24 horas. Raspa-se em seguida com cuidado a epiderme coriácea da raiz e separa-se a verdadeira casca, reduzindo-a á pó fino que deve ser conservado em vidro bem fechado precauções indispensáveis para não dar um resultado negativo como algumas vezes tem sucedido. Dr. Oshaughnessy, porém na sua *Bengal Pharm.* preconisa, além da casa, o suco ácido também para remover cabelos superfluos da pele e outras doenças cutáneas. Dr. Ainslie por seu turno na *Materia Ind.* entende que o suco é *infinitamente eficaz*, não tendo sido a sua opinião confirmada por outros clinicos, como diz Dr. Waring, 1868. Dr. Dymok porém diz ter observado que o suco leitoso era de facto *infinitamente mais eficaz*. o que junto com as informações colhidas de vários casos até em 1891 o leva a confirmar a opinião

de Dr. Ainslie, embora mesmo os Drs. Robinson e Playfair exaltem as virtudes a casca da raiz.

**Composição química.**—A análise da casca duma e doutra variedade feita em 1885, *Pharm. Journ* apresentou uma resina amarga, amarela que é o seu principio activo, solúvel em alcóol e éter. Cristaliza em massas nodulares a que Warden, que a examinou no Laboratório Quimico em Berlim deu o nome *Asclepione*. Contem mais principios, *Madar-alban*, *Madar-fluavil*, uma resina ácida e catechu.

### *Preparados farmaceuticos e doses*

**O pó de Mudar**. preparado da casca da raiz colhida conforme as instruções atraz : como alterante diaforético, estimulante hepático e expectorante—3 grãos três vezes ao dia, podendo-se conforme as circunstâncias, aumentar a dose gradualmente : como emético—30 a 60 grãos. O Dr. K. L. Dey no *Indian Drugs* recomenda o extacto fluido das folhas na febre intermitente em dose de 1 a 2 gotas.

**Propriedades**—*Externamente* : o suco leitoso alivia as dôres em que se diz, reduz o exudato.—*Internamente*.—Emético, verdadeiro *succedânio de ipeca*, a que excede até em alguns casos. Combinado com ópio, o pó representa o *Pó de Dover* oficinal que, em vez de ipéca, o Dr. Durant administrou na disenteria em dose de 10 a 15 grãos aos adultos, 3 vezes ao dia. Em doses maiores opera como um forte *eméto-catártico*. Em algumas partes é a droga considerada como *mercúrio vegetal*.

**Acção fisiológica**—O Dr. Durant diz numa Memória que a sua acção fisiológica é precisamente a mesma como a da ipéca, tanto que se pode do mesmo modo administrar associada a outras drogas conforme as circunstâncias indicarem. Para se certificar da acção análoga a de ipéca, o Dr. Durant fêz largo uso do *Rhui* na disenteria sempre com bons resultados que deixou registados *Ind. Meed. Gazette* de 1866.

O Dr. Lyon que foi lente da Medicina Legal, há alguns anos no Grant Medical College, administrou a droga como expectorante e emético com excelentes resultados e que experimentou em si próprio, descreve os sens efeitos pela maneira seguinte:

> "A *Calotropis* excita uma emése activa, mas é tão diferente do enjôo que provoça a ipéca! Umas duas horas antes do chá e torradas, ingeri umas 4 onças de infusão, equivalente a umas duas oitavas de pó bruto. Em trinta minutos senti náuseas, daqui a outros 10 minutos abundante salivação, logo depois vómitos e transpiração por todo o corpo. O que lançei era escasso, ácido pois dava efervescência com bicarbonato de soda.

> Seguiu outro vómito, todo cheio de bilis, com palpitações de coração e pulso rápido. Não me senti nada oprimido, e logo a náusea passou, tomando-se activo o estómago. Do que vi em mim próprio, parece-me evidente que a *Calotropis* possui a propriedade de dilatar os poros da pele e de aumentar a secreção da saliva e bilis".

Investigações modernas feitas depois de 1885 para experimentar a acção fisiológica da droga externamente deixam ver que o suco leitoso actuava na pele como um forte irritante, achando-se portanto, racional o seu emprêgo com um pouco de sal nas contusões, bem como na entorse para atenuar a dôr, o que tenho eu também chegado a observar: tem também dado bom resultado a aplicação da casca recente em cataplasmas no reumatismo crónico.

**Usos terapeuticos**—De longa data nos vem o emprêgo do *Rhui* na medicina aiurvedica. Os romanos e os gregos não fazem menção da planta, mas não passou ela despercebida dos médicos àrabes, mahometanos, sirios e hindús.

A primeira discrição da planta é a que se encontra no *Livro de Plantas* de Abú Hanifeh. O Hakim Mir Abdul Haméd no seu comentário ao *Tuhfat* insistentemente recomenda o emprêgo do *Rhui* na lepra, obstruções hepáticas, e esplénicas, hidropisia, e entende ser também um excelente parasiticida. Dr. Ainslie, por seu turno na *Mat. Med. Hindustan*, diz ser o suco leitoso, sêco com cuidado, um alterante poderoso, como também purgante em maior dose.—Quanto ao seu uso na **lepra** diz, que desde tempos remotos foi usado pelos tamilenses como um remédio eficaz, devendo porém o seu uso ser prolongado por bom tempo.

No *Taleef Sheriff* dos Kakims e noutros tratados da medicina recomenda-se a droga nas congestões crónicas do figado, bronquites, ascite, flatulência, timpanismo e inapetência.

Recomendam-se também as sumidades florais pisadas e fervidas do melaço, em doses de 30 a 60 grãos, como específico de asma. Citarei agora as personalidades médicas dos tempos modernos que preconisam a droga na lepra, eczema, psoríasis, reumatismo crónico, elefantíase e afecções venéreas.

Dr. Casanova numa Memória "*Essai sur le Mudar, Calotropis Mudarü, contenant l'histoire naturelle de cette plante, ses proprietés physiques, chimiques et médicinales*" observa que a droga internamente em pequenas doses estimula os vasos capilares, actuando poderosamente sôbre a pele, e recomenda o seu uso na **lepra** e elefantiase.

Dr. Robinson no *Med. Chirurg. Trans.*, Dr. Playfair, Dr. Voss no *Calcutta Med. Phys. Trans.*, Dr. Ainslie no *Royal Asiatic. Soc. Trans.*, Dr. Roners no *Madras Med. Journ.*, Dr. Irvine no *Med. Topogr. of Ajmere* falam todos a favor de *Calo-*

*tropis* que recomendam empregar na *hedionda lepra.*

Numa Memória sôbre elefantíase o Dr. Robinson énaltece as virtudes da droga que recomenda como muito *eficaz na lepra* e doenças venéreas, em pilulas, de 8 a 8 horas cuja formula é: ½ grão de calomelanos, 3 grãos de pó antimonial e 6 grãos de pó de *Rhui.*

Dr. Playfair numa Memória sôbre a planta no *Edinb. Med. Chirurg. Trans.* assegura que é incontestável a sua utilidade como alterante, estimulante e desobstruente na lepra e sifilis em dose 3 a 12 grãos, três vezes ao dia aumentando gradualmente.

Devéras interessante é o caso da cura do eczema que prova a eficácia na droga das doenças cutáneas. É resultado da experimentação do Dr. Morton que numa conferência no primeiro Congresso Médico de Calcutta em 1894 enalteceu os efeitos do *Rhui*, dando no relato de alguns casos clínicos dos quais vai o seguinte interessante :—

> "Era uma senhora irlandeza que, durante nove anos, sofria de eczema do braço estendendo desde axila até á extremidade dos dedos. Todos medicamentos fôram improficuos, quando um dia se tentou experimentar cautelosamente, por ser irritante, uma pápa de folhas de *Rhui* sôbre um dos dedos apenas. Sarou o dêdo, e dentro duma semana o braço inteiro. O mesmo fez o Dr. Morton em dez outros indivíduos, efectuando-se a cura em cada um deles.

O Dr. Kher, que em 1912 continuava em lente demonstrador no *Grant College*, recomenda a droga no timpanismo, indigestão, inapetencia, dejecto de côr de greda branca, vómitos, languidez geral, em que administrou a droga com proveito. Recomenda nestes casos a cinza das folhas, recolhida dum vaso fechado e expôsto ao fogo. Dentro duma semana muda-se a côr dos dejectos e modificam-se os restantes sintomas.

Nas mãos do Dr. Loiola Furtado também a droga deu bom resultado nos casos supra-mencionados do Dr. Kher e outros desta origem.

Deve-se ao Dr. Duncan a honra de ter descoberto a *Nudarina*, principio activo da casca da raiz que actua como um poderoso emético. *Edimb. Med. Cirg. Journ.*

Posteriormente os Drs. O'shughnessy, Bonavia, Hutchinson, Durant e outros confirmam os assertos do Dr. Duncan, deixando registadas as suas experiencias em importantes revistas médicas.

## *Résumé*

L'auteur décrit les plantes indiquées comme antilepreuses, existantes dans notre Inde. Quelques unes de ces description sont aussi acompagnées des resultats cliniques obtenus dans ce traitement. Voici les plantes indiquées, sur lesquelles, il serait à souhaiter, une large experimentation en vue d'assurer définitivement leurs propriétés antilepreuses : *Hyduocarpus wightiana* Blume, *Azadirachta indica* Juss, *Melia Azedirach* Linn, *Nerium odorum* Roxb.. *Hydrocotyle Asiatica* Linn, *Calotropis gigantea e procera, semecarpus anacardium, Anacardium occidentale* Linn, *Aacia catechu* Willd.

# SUGESTÕES PARA A PROFILAXIA DA LEPRA EM GOA

POR

*Froilano de Mello, Escolástica Gracias e Alfredo de Araújo*

(Instituto Bacteriológico de Nova Goa—Director prof. Froilano de Mello)

## INTRODUÇÃO

O presente estudo será dividido em três partes: a 1.ª representa a súmula dos nossos conhecimentos sôbre a etiologia e epidemiologia da lepra; na 2.ª resumem-se os princípios bacilares da profilaxia e descrevem-se sumariamente, os processos empregados nos diversos países na luta contra êste flagelo e finalmente, na 3.ª procura-se sugerir para o nosso território a aplicação de sistemas que sejam mais compativeis, quer com as nossas finanças, quer com as condições sociais e morais da nossa população, formulando-se, assim, as bases da profilaxia, sem todavia nos preocuparmos com a regulamentação anti-leprosa que poderá, de resto, para o nosso país, inspirar-se nas leis, modêlos no género, em vigôr na Noruega e no Brazil e que fazem parte integrante do presente estudo.

### Etiologia e Epidemiologia

A lepra foi, em todos os tempos, considerada como uma doença eminentemente contagiosa. Têem, hoje, um interêsse, puramente histórico, conquanto útil, como lição profiláxica, as medidas empregadas pela Idade Média para se opôr à extensão da doença na Europa. Todas elas, bem como as que o instinto popular decretou em países menos avançados, tendentes á supressão do doente, factor do contágio, cairam em relativo desuso no Século XIX, devido ás ideias desenvolvidas por Danielssen e Boeck a partir de 1848. Fundando-se em estados das árvores genealógicas de leprosos, os autores noruegueses proclamaram a hereditariedade como o factor mais importante da endemização da lepra num país.

Como era de esperar numerosas objecções surgiram contra esta teoria. Landré, retomando o estudo das próprias estatisticas de Danielssen, notava ser facto curioso que a hereditariedade se manifestasse mais na linha colateral que na directa, contrariamente ás leis da hereditariedade, e que, se despresassem os casos colaterais, como era racional, 70% dos casos da lepra tuberculosa e 62% da anestésica pareciam de origem espontânea. A seguir, autores como Munro, Hansen, Van Dyck Carter, Ehlers, Wnite, e muitos outros, produziram argumentos decisivos contra a teoria da hereditariedade, podendo-se quando muito aceitar, no estado actual da sciência, como plausível, se bem que não demonstrada, uma predisposição hereditária especifica como na tuberculose ( Virchow Lyeing e, mais recentemente, Solano ).

Em paises onde a lepra é endémica, é dificil separar a suposta hereditariedade do factor contágio. Numerosos casos, porém, exístem em que este último elemento representa a causa única da transmissão da doença. Não será fora de propósito, citar aqui alguns destes exemplos, mesmo porque, durante certo tempo alguns sanitaristas, sobretudo na Índia Inglesa, advogaram oficialmente, os principios expostos pelo Comité do Royal College of Physicians de Londres, à requisição do Secretário do Ministério das Colónias e em que se diz que *a lepra não é contagiosa e comunicável ás pessoas sãs pelo contacto com os doentes e não há nenhuma razão que possa justificar qualquer medida tomada no sentido do isolamento obrigatório dos leprosos*».

Os factos a que nos referimos podem ser agrupados em duas classes:

*a*) Introdução da lepra em países até lá indenes.

*b*) Contágios individuais, devidamente averiguados.

A êsses argumentos colhidos em livros de leprologia juntamos factos epidemiológicos ocorridos no nosso país que nos levam a enfileirar-nos ao lado dos que proclamam a lepra como doença contagiosa. Estes factos são tanto mais importantes quanto nos não são desconhecidos os insucessos das inoculações a que Danielssen e Profeta se submeteram.

No capítulo de inoculações experimenfais humanas, encontra-se um só caso positivo, que deve, todavia, ser acolhido com prudente reserva. E' a experiência de Arning no prisioneiro Keanu, com enxerto sub-cutâneo dum leproma, extraído duma criança que acabava de ter um acesso de febre leprosa. O ponto fraco desta experiência é o de se não ter tomado em conta que em Havai, donde êsse prisioneiro era natural, havia leprosos e entre êles um seu sobrinho e cunhado, com os quais o inoculado conviveu antes e depois da experiência.

*a*) *Introdução de lepra em paises, até lá indenes*:

1.º—Na ilha Rodriguez, situada no Índico, estabeleceu-se entre 1870 a 80, um pescador leproso, de nome Diango, iso-

lando-se, 4 a 5 anos mais tarde, numa montanha, quando a sua doença se tornou, francamente, visivel. Seis anos depois da sua chegada áquela ilha, o filho do seu patrão, que trabalhava com o leproso num barco de pesca, apresentava sinais evidentes de lepra que em 1920 dava nessa ilha 23 casos—16 dos quais entre familias relacionadas com o primeiro caso em questão.

2.º—O exemplo da epidemia desenvolvida em Luisiana demonstra como a lepra se propaga *de proche en proche*, começando pelos contactos mais próximos, dando a principio, uma epidemia familiar, mais tarde uma epidemia de bairro que espalha a doença por toda a população : Uma mulher francesa contraiu a lepra em 1866, falecendo em 70. Três filhos e duas filhas manifestam a doença entre 71 a 72. Um sobrinho, vivendo oito milhas, mais longe mas visita freqúente desta familia, tornou-se leproso em 75, bem como, dois anos antes, uma rapariga que fazia assistência a um dos doentes ; ao mesmo tempo, um rapaz, que costumava dormir freqúentemente na cama dum destes leprosos, apresentava a lepra em 77. Em 11 anos, pois, tinham-se dado na família e nas relações da primeira doente, nove casos de lepra que continuaram a semear o contágio pela visinhança, existindo hoje um grande fóco naquele estado.

3.º— Ao Natal regressaram do Cabo de Bôa Esperança dois indigenas que tinham aqui convivido com uma leprosa. Contraindo núpcias na terra natal, constituiram família,apresentando dois anos depois, sintomas de lepra, que se foi propagando de tribú em tribú, por forma a haver, em 1895, para cima de 200 casos, incidindo a doença com maior intensidade na tribù a que pertenciam os primitivos portadores da infecção.

4,º—Jeanselme relata o que se passou na Ilha de Sandwich, entre 1861 a 1880, época em que havia 2.000 leprosos numa população de 44.000 habitantes, apurando-se que essa terrivel epidemia correspondera à emigração de chineses, japoneses, açorianos, madeirenses, noruegueses e suécos que para lá tinham transportado o mal.

5.º—Montoya reporta o caso dum comerciante da Columbia, infectado por uma escrava negra, dando entre os seus relacionados, em 33 anos, 67 casos de lepra numa cidade até lá indene.

6.º Na Nova-Caledónia, verificou-se que os franceses, os unicos estrangeiros que lidam com os indigenas, contraíam a lepra, escapando todos os outros ao contágio.

7.º—Haja vista o que sucedeu nas aldeias de Bambolim e Verém onde familias inteiras foram dizimadas, após a importação dum caso de lepra da India Inglêsa.

*b* ) *Contagios individuais, devidamente averiguados*:

1.º—Na povoação de Ban-Hat-Soa, um chinez leproso casou com uma viúva da localidade, contaminou a mulher e um

filho do primeiro casal e, mais tarde, uma sobrinha, originando um fóco familiar que se foi, sucessivamente, alastrando.

2.º—Num país endémico de lepra estabelecera-se um lionês, casado com uma senhora branca. Ambos sãos, tiveram na colónia um filho que casou com uma senhora francesa, originária do continente. Nenhum dêles era leproso. Esse casal teve 5 filhos, três dos quais adquiriram a lepra que se apurou ser devida a uma negra que fôra ama do filho mais velho e era já leprosa ao tempo da lactação.

3.º—Um religioso e um eclesiástico, ambos franceses, sem lepra nos ascendentes ou entre os seus colaterais, contrairam-na de contacto com os leprosos. É bem conhecido o caso do padre Damien que, vivendo em Molokai no meio de leprosos, zombando de todas as precauções, se tornou afinal leproso.

4.º—Na história da lepra no nosso país, há observações que provam a contagiosidade desta doença. Assim, uma senhora de Margão, sem antecedentes leprosos na família, contraiu a doença em contacto com os leprosos duma propriedade sua em Arlém, aos quais visitava, frequentemente, levando-lhes os confortos dos seus cuidados e da sua esmola. Assim, três *curumbins*, dois de Bordá (Margão) e um de Arlém ( Raia ), companheiros dum terceiro de Nuvém, que era leproso, ficaram todos atacados de lepra e vieram a falecer em anos sucessivos, sendo o último a falecer o primeiro que os contaminara (Dr. D. R. de Sousa ). Finalmente, em Betalbatim, uma criada contraiu a lepra em contacto com um doente a quem prestava os seus cuidados ( Dr. V. Gracias).

Demonstrada, pois, clínica e epidemiológicamente, a contagiosidade da lepra é interessante estudar a maneira por que êste contágio se faz. Ao abordarmos esta parte do problema etiológico não deixaremos de estudar os diversos factores ocasionais e acessórios que nos podem levar a uma compreensão mais nítida do mecanismo íntimo da infecção.

Um dos pontos mais interessantes e que parece bem estabelecido, após o estudo de estatísticas rigorosamente organizadas, é a particular susceptibilidade das crianças e dos adolescentes, especialmente na puberdade, para contraírem a lepra, em contraste com a relativa refractariedade dos adultos de mais de 30 anos, que são pouco susceptiveis de adquirirem o contágio. Lie, Ehlers, Verdier, Dohi e outros consideram as crianças, na primeira infância, como a causa mais importante da endemização da lepra, pela frequência com que apanham a infecção quando em contacto com os leprosos. Esta opinião, é apoiada por quási todos os leprólogos, entre outros, Moritz Kitasato, Carter, Hollman e Munch, apoz investigações, feitas, respectivamente, em Hawai, Japão, Índia, Honolulu e Rússia meridional.

A lepra não se transmite, certamente, com a mesma facilidade com que se faz a propagação da tuberculose, cujo bacilo

tem condições de resistência muito maiores e é expulso pelos escarros, que se tornam perigosos, seja sob a forma de gotículas de Flügge, seja sob a de poeiras sêcas. O perigo da lepra sob êste ponto de vista é, sem dúvida, muito menor. Para que êsse contágio se efective são necessários dois factores.

1.º A eliminação do agente infectante.

2.º A penetração dêste agente num organismo susceptivel.

1.º *Eliminação do agente infectante.*

As vias de eliminação bacilar estão bem estudadas e são:

*a*) Secreções dos tubérculos ulcerados.

*b*) Sangue e pús de todas as ulcerações.

*c*) Sangue das epistaxis iniciais.

*d*) Secreção da mucosa nasal, muco-purulenta ou não.

*e*) Saliva que banha as ulcerações buco-faringias.

*f*) Secreção conjuntival, embora raras vezes.

*g*) Leite em casos de mamite leprosa, com propagação para os condutos excretores.

*h*) Esperma na orquite ou epididimite leprosa.

*i*) Descamação epidérmica.

*j*) Pelos e cabelos.

*k*) Serosidade de vesicatório e de pústula vacinal.

Não são só as formas abertas que contaminam. Pode, mesmo, dar-se o caso de indivíduos, julgados perigosos e repelentes pela sociedade, não serem, na realidade, transmissores do contágio, pelas ulcerações e mutilações que apresentem que, quando sejam de origem puramente neuro-trófica ou secundária, se teem provado estéreis quanto á excreção bacilar. A estas razões de ordem anátomo-patológica acresce um factor de ordem social: O instinto natural de defeza que leva a sociedade a repelir os leprosos, faz que, quanto mais típicas forem as suas lesões, mais nos furtemos ao seu convívio, dando, assim, pouca probabilidade de contacto intimo e prolongado, necessário para a aquisição da moléstia. Bem mais perigosas são, porém, as formas frustas que, passando despercebidas, mesmo a olhos técnicos, nem porisso, deixam de excretar bacilos, seja pelos produtos de descamação cutânea, seja pelas secreções da mucosa nasal, contaminando, dêste modo, os membros incautos do seu *entourage*. Haja vista o que os livros registam, sôbre a epidemiologia da lepra, nas colónias francesas onde as religiosas que contraíram a moléstia, foram, exactamente, as que se dedicavam ao ensino das escolas e não as que nos hospitais procuravam precavêr-se do contágio por cuidados pessoais de desinfecção.

Não está averiguado qual o papel que desempenhariam, na propagação de lepra, as formas latentes ganglionares: se representariam, apenas, *tests* reveladores dum contágio específico ou se, por seu turno, poderiam ser o instrumento de eliminações bacilares mínimas e intermitentes, por acessos bacilémicos intercurrentes. O que está apurado pelos estudos de

Auché e Leboeuf na Nova-Caledónia, é que no *entourage* dos leprosos, individuos sãos podem apresentar bacilos de Hansen, acantonados nos ganglios linfáticos. No estudo sobre a Estatistica se dá nota de dois casos desta forma, ocorrendo em indivíduos, aparentemente, sãos.

2.º—*Penetração do agente infectante no organismo susceptivel*:

Estudaremos, sucessivamante, as vias de penetração, mais prováveis, da infecção primária.

1.º—A mucosa nasal:

O facto de se encontrarem, nos paises temperados, rinites especificas em quási todos os casos de lepra, levou os leprólogos a considerar a mucosa nasal como a séde electiva da infecção primária ( Dantec, Zeferino Falcão, Kitasato, Jeanselme e outros ). Esta teoria tem sido contestada pelos estudos de Rogers, na India, que demonstrou que, em grande número de casos, a via de penetração têm sido os tegumentos—hipótese tanto mais aceitável quanto, em climas tropicais as erosões, cutaneas são frequentes e os casos de rinite específica, com excreções baciliferas, são em número, relativamente, inferior á totalidade dos casos de lepra averiguada. Este facto pode-se, também, inferir dos nossos próprios estudos e mal iria o clínico que, pelo menos no nosso país, se baseasse na negatividade da rinite para infirmar o diagnóstico de lepra que outros sintomas evidentes pudessem, porventura, impôr.

2.º—Mucosa genital.

A mucosa dos orgãos sexuais tem sido, igualmente, incriminada, como via de penetração bacilar. Conquanto não pareça ser esta a via mais freqúente, visto não serem numerosos os casos da lepra conjugal, e não se terem registado lesões iniciais nesses órgãos é, todavia, opinião, não regeitada pelos leprólogos, que esta doença se possa contrair, com freqúencia, pelo coito e seja disseminada pela prostituição.

3.º—Mucosa digestiva.

Não se tem reportado nenhuma lesão primária, nem secundária, no estómago e no intestino. Nem mesmo a boca e a faringe se acham infectadas nos estados primários da lepra. Parece, daí, poder-se deduzir que o tubo digestivo não é, pelo menos, a via habitual da infecção, como o queriam alguns eprólogos ( Hutchinson e outros ) procurando estabelecer anaogia da infecção leprosa com a do b. de Kock e adoptando na epra a teoria de Calmette quanto á infecção tuberculosa.

A existência de lepra gânglionar latente, em indivíduos sãos, vivendo no *entourage* dos leprosos, sugere a ideia de penetração bacilar primária pela zona em contacto com o meio exterior de que êsse gânglio é tributário. Seria interessante pesquisar, nas autópsias de individuos sãos, mas vivendo em meios endémicos de lepra, o bacilo de Hansen nos gânr glios mesentéricos, afim de a teória intestinal poder assenta-

em bases a que não faltasse uma certa veracidade.

4.º—Pele.

Entre as partes dos tegumentos, que parecem não poder servir de porta de entrada ao bacilo, merece especial menção o coiro cabeludo. Na realidade, nenhuma lesão leprosa, primária ou secundária, se tem constatado nesta região, conquanto zonas anestésicas possam existir, por nevrite supra-orbitária.

Leonard Rogers, estudando mais de mil leprosos, na Índia Inglesa, notou que nos habitantes dos terrenos montanhosos a lesão inicial tinha a sua séde nos pés, contráriamente á sua pouca freqúencia nestas regiões nos que viviam em planicies aluviais ou usavam calçado. O autor sugere a possibilidade da penetração bacilar se fazer graças ás feridas e traumatismos cutânios a que se expõem os individuos descalços, naquelas condições.

Rogers refere-se, igualmente, á frequência das lesões primárias nas superficies extensoras e especialmente nas regiões que, durante o sono, ficam em contacto com a cama, inferindo daí a possibilidade do bacilo ter entrado pelas soluções de continuidade, causadas pelos insectos, bem como a da formação de embolias bacilíferas que ficariam paradas nas zonas em contacto com a cama por causa da pressão maior, a que as mesmas zonas se acham submetidas. Na realidade a hipótese das embolias não está, nem tem visos de vir a ser demonstrada, nem mesmo a uma génese única se pode atribuir o aparecimento de lesões em várias regiões do corpo, mesmo que se demonstrasse que a lesão inicial incidia, fatalmente, no sítio da penetração primária. Em contacto com a cama ficam superficies tanto extensoras ( dorso ) como flexoras ( membros inferiores ). Ainda mais : os sítios sujeitos ás picadas dos insectos variam conforme os hábitos dêstes animais : o percevejo pica, de preferência, as superficies em contacto com a cama, o mosquito, os sitios expostos em sentido contrário.

Eis nos chegado a um ponto interessante da transmissibilidade de lepra e sôbre o qual não temos opinião definida : Se a lepra se transmitiria por picadas de insectos suctores, seja actuando como simples agentes traumatisantes, seja como vectores de bacilos ingeridos em repastos infectantes,uma vez que é sabido que em muitos leprosos, existem bacilemias intermitentes, especialmente, nos acessos febris específicos

Ao lado de constatações de ordem laboratorial, em que se tem verificado a existência de bacilos de Hansen no intestino dos insectos suctores, há factos, de ordem epidemiológica, que, se não infirmam, por completo, ao menos, reduzem a proporções mínimas o papel que desempenhariam êstes insectos, especialmente os mosquitos, na transmissão da lepra

O que se acaba de dizer dos insectos hematófagos, tem inteira aplicação aos Muscidios, não suctores, que se poluem nas secreções das úlceras

Assim considerados os factores da transmissibilidade da lepra, compreende-se que favorecem o contágio, todas as condições, tendentes a manter um contacto intimo dos sãos com os leprosos. A promiscuidade geral e sexual em raças num grau inferior de civilisação, actuaria pela falta absoluta de medidas de desinfecção e de profilaxia individual e colectiva

Há exemplos da lepra ter sido adquirida pelo uso de roupas pertencentes aos leprosos

Não podemos afirmar até que ponto uma doença anterior ou deficiência alimentar, aumentariam a receptividade orgánica para esta moléstia

Os casos, bem averiguados, em que a lepra foi contraida, após vacinação do braço a braço, pertencem a um capítulo especial que interessa, apenas, um número restricto de pessoas —como em eras não muito remotas a sífilis vacinal que tanta discussão provocou entre contagionistas e anti-contagionistas.

São estas as únicas causas acessórias que, juntamente com a idade—infância e adolescência—devem ser tomadas em linha de conta no introito à profilaxia da lepra

### Metodos de campanha anti-leprosa

Ao expormos os diversos tipos de medidas profiláxicas empregadas nos países em que essa doença é endémica, não será fora do propósito lembrar que o princípio doutrinário do *isolamento*, base fundamental da profilaxia e tão eficaz em todas as doenças infecto-contagiosas agudas,encontra na lepra as suas maiorias dificuldades práticas. Em casos em que uma doença, apresentando-se sob um carácter infeccioso, tem um periodo de incubação e uma evolução cíclica, rélativamente, curtos, é fácil convencer o povo da necessidade do isolamento. Porém, na lepra, cujo tempo de incubação vai de meses a anos, cujo periodo de invasão pode passar despercebido aos olhos mais educados, cuja evolução clínica pode ser tão silenciosa que nem seja precisa uma consulta médica—é dificil convencer a sociedade e, sobretudo, os próprios doentes da necessidade de uma segregação, tanto mais cruel quanto se pode estender pela vida inteira, sem esperanças de cura, nem de regresso ao convívio social

Sendo, todavia, o *isolamento* a medida basilar da profilaxia, convém saber as condições em que foi e é levado a cabo em diversos paises, a fim de se colher, na história dos factos, lição proveitosa para a legislação sanitária

As *aldeias-gafarias*, muito espalhadas na Ásia e na África, servem, especialmente, para recolher os leprosos que se tornam repelentes para a sociedade, por causa das suas lesões avançadas A existencia da lepra nos nossos dias é uma prova frisante da ineficácia dessas aldeias, quanto á extincção da lepra

Mais radicais teriam sido, por certo, as práticas da Idade Média, que tiveram por fim destruir a raça dos gafos expondo-os a todas as privações, despojando-os de todos os direitos civis, obrigando-os por juramento, a não propagarem a espécie. Era a segregação absoluta que, ainda em tempos bem recentes, mereceu os aplausos do leprólogo Macnamara

Depois dum periodo de 400 anos, durante os quais o leproso era proscrito da sociedade, levando ao pescoço, como ainda hoje emConstantinopla (Blasco Ibanez ), guisos de precito, proibindo-se-lhe o menor contacto mesmo com os objectos que precisasse para o seu uso e que tinha de apontar com a extremidade duma vara, para não serem conspurcados pelo seu hálito, privando-o de todos os confortos da familia, da qual era violentamente separado, a mulher livre para contrair segundas núpcias e o leproso morto para o mundo ao som de responsos que, em mais dum país, eram cantados pelo descanço eterno da sua alma, a lepra declinou, rápidamente, na Europa, quiçá por causa do melhoramento nas condições de higiene e dietéctica das populações plebeias

Nos tempos presentes, as *aldeias-gafarias*, no Oriente, na Africa e na Oceania, são reportadas, por motivos vários, ora por não terem isolado todos os leprosos, ora por faltar polícia ou autoridade suficiente para se opôr ás evasões, como não tendo correspondido ao benefício que delas se esperava. Haja vista o que sucedeu na Africa de Sul e na Nova-Caledónia.

O *isolamento domiciliário* fiscalisado por autoridade médica foi preconisado e empregado em alguns paises. Na África do Sul três leprosos, isolados, domiciliariamente, deram origem a três casos novos. Na Romania em que êste processo foi empregado, em larga escala, 245 leprosos isolados foram o ponto de partida de 83 casos novos em 1897 e 923 leprosos, isolados em 1903 deram origem a 61 casos. O isolamento domiciliário em Malta e na Noruega, é, apenas, tolerado para os casos não infectantes ou para os anestésicos pouco infectantes. A Academia de Medicina Francesa pronunciou-se a favor do *isolamento domiciliario, sob vigilância médica*, todas as vezes que satisfaça aos requisitos de boa higiene e aceio familiares. Ehlers proclama a necessidade duma separação completa de roupas e utensílios, com desinfecção completa dos compartimentos e inutilisação dos efeitos por meio de fôgo.

O isolamento, não domiciliário, encontra, na prática, muitas dificuldades provenientes, entre outras, da necessidade de um largo financiamento ás instituições desta natureza.

Estudando os resultados do isolamento em vários países, vemos que na Noruega o isolamento primitivo, feito com o máximo rigôr e seguido dum evidente decrescimento no número dos leprosos, deu hoje lugar a uma lei modelar e humanitária cujos artigos mais importantes, que devemos amabilidade do Dr. Lie, de Bergen, são transcritos a seguir. Na Suécia a notifica-

ção é obrigatória e o isolamento facultativo, na leprosaria ou no domicílio. As leis sanitárias da Islandia seguem os mesmos princípios, não se proibindo, apenas, a coabitação dos casados ; tomam-se todas as precauções para que os leprosos não entrem em contacto com pessoas sãs, os seus compartimentos são desinfectados e os seus passos vigiados, para que, quando se não tomem as precauções exigidas, a lei os obrigue ao isolamento compulsório como se faz, tratando-se de leprosos pobres.

Como se vê, cada país procura exercer a sua profilaxia, conforme as condições morais e materiais do seu meio e nos três países avançados, que acabamos de citar e cujas leis modelos têm sido imitados por muitas nações cultas os melhores resultados se têm obtido, interferindo o menos possível com a liberdade dos leprosos, para quem todo o carinho é pouco.

Damos a seguir os textos das leis noruegueza e brazileira relativas á lepra.

## Lei noruegueza

6. Juni 1885, *Gesetz betreffs Isolirung der Leproesen* und Einlegung in die œffentlíchen Pflege—und Heilanstalten etc.

§ 1. Leprose müssen nicht in Lægd (1) geleget werden.

§ 2. Leprose, die Armenversorgung brauchen dürfen, wenn, diese Versorgung nicht für nur kurze Zeit notwendig ist oder nur einen kleineren Teil ihrer Verpflegung ausmacht, ín der Regel von der Armenkommission (2) mit der im letzten Teile dieses Paragraphen erwahnten Begrentzung in eine œffentliche Pflege-oder Heilanstalt gebracht werden. Werden solche Arme nicht in die erwahnten Anstalten eingelegt, sollen sie entweder in abgesonderten Wohnungsraumen untergebracht werden oder in solcher Weise verpflegt die die Gesundheitskommíssion (3) nach Umstanden genügend findet.- Wenn man darüber nicht einig ist, ob die Armenversorgung nur für kurze Zeit notwendig ist oder nur einen kleineren Teil der Versorgung des Leprosen ausmacht, wird diese Frage mit endlicher Wirkung von dem Amtmanne (4) abgemacht.

Bei Versorgung der Lêprosen darf die Armenkommission berücksichtigen, dass Eheleute, die zusammen zu leben wünschen, nicht von einander geschieden werden. Doch ist der Beschluss der Armenkommission gultíg, selbst wenn solche Scheidung die Folge wird, wenn er von Amtmanne approbirt wird, nachdem der Priester der Gemeinde und der Bezirksarzt sich daruber ausgesprochen haben.

§ 3. Auch anderen Leprosen kann die Gesundheitskommission befehlen in genugende Isolation von ihrer Familie und ubrigen Umgebungen zu leben, was doch nicht das Zusammenleben der Eheleute gelten mussen. Wenn wiederholten Befehlen nach der Meinung der Gesundheitskommission nicht Folge geleistet wird, soll der betreffende Leprose verpflichtet sein sich in eine offentliche Pflege-oder Heilanstalt einzulegen. Werden durch diese Einleigung Eheleute geschieden, soll der Beschluss der Ge-

1) Anmerkung uber Laegd: dies ist eine Form von Naturalverpflegung, wo der Armen von Ho zu Hof herumgehen und.
2) Jeher weils einige Tage verpflegt wurden. Wirds jetzt nicht gebrauchet.
3) Beiforden des Sanitatswesen des Berzirkes.
4) Der Guvernor des grosseren Bezirkes.

sundheitskommission der Approbation des Amtmanes unterworfen werden' nachdem der Priester der Gemeinde sich daruber ausgesprochen hat.

§ 4. Die Kosten der Einsendung Leproser in die offentliche Pflege oder Heilanstalt werden von der Amts-oder Stadtgemeinde bezals, doch sollen die Kosten der wiederholten Einsendung von einem Leprosen, der die Anstalt ohne Erlaubnis des Direktors verlassen hate von dem Leprosen selbst bezhalt werden, wenn er dazu Vermogen hat.

§ 5. Die Einsendung (der Leprosen) in die betreffende Anstalt dieses gesetzes zufolge wird nœthigen Falles von der Polizei vollzogen.

§ 6. Wohnungsraume, Kleider, Bettzeug und desgleichen, die von einem Leprœsen benutzt worden sind, müssen von anderen nicht nutzt werden oder anderen uberlassen, die sie nach naherer Vorschrift der Gesundheitskommission der Gemeinde gereinigt worden sind. Ubertretung dieser Vorschrift wird vor dem Polizeigericht angeldagt und mit Buszen gestraft, die der Kasse der betreffenden Gemeinde zufallen.

§ 7. Arzte haben auf Reisen, die durch dieses Gesetz verursacht werden, die gewœhnliche Befœrderung und Kostvergutung. Die erste wird aus der Statskasse, Kostvergutung aus der betreffenden Amts-oder Stadtskasse bezahlt.

## Lei brasileira (in III Conf. Sanit. Intern. de la lèpre)

Art. 381—Aussitôt notifié un cas suspect de lèpre, motivé comme tel par l'autorité sanitaire, le malade restera en surveillance, le médecin traitant devant confirmer la notification, aussitôt que son diagnostic précis aura été posé.

Art. 382—La notification pourra être de caractère confidentiel, si des interêts plus grands de la santé collective ne s'y opposent pas et si le malade le demande.

Art. 383. —Dans le District fédéral, la notification sera faite au bureau de l' Inspection de Prophylaxie de la Lépre, ou aux délegués de la Santé de la zone oú demeurera la personne visée, ceux-ci devant aussitôt porter le fait à la connaissance de l'inspecteur. En dehors du District fédéral, cette notification sera faite au chef respectif du service de la Prophylaxie rurale ou à l'autorité sanitaire désignée par le Gouvernement féderal.

Art. 384—Le médecin que examinera un individu atteint ou suspect de lèpre devra lui faire connaître dans l'intérêt de la prophylaxie le caractère contagieux de sa maladie, mais d'une façon prudente pour ne pas abattre son moral; il devra encore, s'il le juge utile, porter le fait à la connaissance de la famille. Outre les recommandations qu'il jugera convenables relatives aux moyens d'éviter la transmission, il fournira au client les conseils imprimés dans ce but par le bureau de l' Inspection de la Prophylaxie de la Lèpre.

Art. 385.—Toutes les fois qu'il lui sera possible, ie médecin fera connaitre au départment sanitaire, sí le cas examiné a deja été notifié à une autre époque et dans un endroit du territoire national; vérification sera faite par le département sanitaire, en vue de la statistique des nouveaux cas.

Art. 386.—L'isolement hospitalier sera fait, suivant le cas, dans des établissements fondés par le Gouvernement fédéral, par les Gouvernement des Etats ou Municipes ou par des personnes et associations privées d'accord avec les instructions délivrées par l'Inspecteur de la Prophylaxie de la Lèpre.

*Paragraphe unique.*—L'isolement hospitalier sera toujours fait d'aprés les préférences du malade pour un endroit choisi par lui et d'aprés les avantages médicaux e hygiéniques, selon appréciation de l'autorité sanitairedans chacun des cas.

Atr' 387.—Les établissements hospitaliers, selon les cas, seront les suivants :

*a*) Colonies agricoles ;

*b*) Sanatoriums ;

*c*) Asiles.

§ 1.—Les colonies agricoles, toujours préférables, devront être assez vastes pour pouvoir y établir une véritable ville de lépreux, et, outre les conditions qui répondent le mieux á leurs buts, elles devront avoir des hôpitaux pour ceux qui auront besoin de soins pour des maladies ou des affections intercurrentes êt spécialement, une crèche, un orfelinat et un asile pour les impotents.

§ 2— Les sanatoriums, les hôpitaux et les asiles seront seulement autorisés quand les conditions locales et autres l'indiqueront, là oú le nombre des malades ne donne pas lieu à l'établissement d'une colonie. Ils auront pour but principal la multiplication dans la mesure du possible, des maisons d'isolement près des foyers pour faciliter la ségrégation des lèpreux. Ils devront être établis dans les endroits oú il y aura les meilleures conditions hygiéniqnes et de grands préaux pour les isolés.

Art. 388.— Seront envoyés de préférence aux établissements désignés en *a*, dans l'article précédent, ceux qui en manifesteront le désir et ceux qui seront encore aptes à de petits travaux, réglés suivant prescription médicale; dans ceux designés en *b*, seront de préférence envoyés les malades demeurant dans le voisinage, en tenant compte des avantages ou désavantages qui pourraient résulter de leur traitement dans un sanatorium ou dans un hôpital; dans ceux désignés en *c*, les malades invalides, en prenant aussi en considération le voisinage du local.

Art. 389.— L'installation d'établissements destinés aux lépreux réalísera les meilleures conditions de confort et d'agrément pour les malades en même temps que la protection pour les populations voisines, leur fonctionnement étant subordonné aux instructions expédiées par le Directeur général, après approbation du Ministre de l' Intérieur.

Art. 390—L'isolement hospitalier des lépreux, ainsi que leur transport, seront assurés par les pouvoirs publics, en prenant en considération les conditions sociales du malade.

§ 1.—Il y aura, dans les hôpitaux, des aménagements pour les malades payants, qui supporteront tous les frais de l'isolement et des transports, suivant les prescriptions du règiement intérieur de l'établissement.

§ 2.—Aux fonctionnaires du Gouvernement qui les soliciteront, pourront être concédées les facilités nécessaires á l'isolement, d'accord avec leurs conditions sociales, si le Gouvernement le juge à propos.

Art. 391.—Aucun malade atteint de lépre ne pourra être isolé dans un hôpital ou chez lui, sans vérification préalable du diagnostic par les soins du bureau d'Inspection de la Prophylaxie de la Lèpre.

§ 1.—Aussitôt notifié le cas confirmé ou suspect, l'autorité sanitaire qui en aura reçu avis communiquera le fait à l'Inspection de la Prophylaxie de la Lèpre, qui enverra un inspecteur sanitaire au domicile du malade pour l'examiner. Si l'avis est donné au chef de la prophylaxie rurale, celui-ci prendra les mesures necessaires. Si on ne découvre pas le domicile du malade ou le malade lui-même, on portera le fait à la connaissance de l'autorité sanitaire, que fera les recherches nècessaires et vérifiera les responsabilités.

§ 2.—S'il demeure dans une maison particulière offrant les conditions reconnues necessaires, et si les autres locataires se conforment aux prescriptions de l'autorité, le malade pourra attendre chez lui, sous surveillance, la vérification du diagnostic.

§ 3.—En dehors de ce cas, le transfert dans le local d'isolement provisoire aura lieu de suite. Si la personne interessée se refuse à être examinée, on aura recours à la police pour l'exécution de cette mesure de prévoyance et pour l'isolement si le cas est confirmé.

§ 5—La présence du medecin choisi par la personne malade ou sus-

pecte sera admise pour l'examen destiné à verifier le diagnostic de la lèpre.

§ 6—L'examen devra être aussi complet que possible, en employant tous les moyens de recherches cliniques, microscopique et sérologiques indiquées, en établissant une fiche où seront declarés ler pricipaux signes et symptômes présents ou lointains et qui puissent servir selon les cas á afirmer, infirmer ou suspecter l'existence de la lèpre. On conservera autant que possible, les preuves des examens de laboratoire ou autres qu'on aura faits.

Une copie de cette fiche, avec si possible, la documentation expérimentale, obtenue du laboratoire, devra toujours être envoyée, pour y être conservée, au bureau de l'Inspection de la Prophylaxie de la Lèpre, quel que soit l'endroit où l'examen a été fait. Une autre sera donnée à l'établissement hospitalier oú le malade sera envoyé.

§ 7—Si le diagnostic présente des difficultés, et si l'examen fait par l'autorité sanitaire ne permet pas de tirer des conclusions positives, on demandera l'avis de l'Inspecteur de la Prophylaxie de la Lèpre, qui s'il le juge opportun pour éclairer le diagnostic, soumettra le malade à l'examen d'un spécialiste n'appartenant pas à l'Administration,

§ 8.—En dehors du District féderal, les examens seront faits par l'Inspecteur de la prophylaxie rurale, spécialement chargé de ce service, le chef du service de l'aissainissement rural pouvant faire appel à un spécialiste n'appartenant pas á ses services, dans les conditions du paragraphe précédent.

§ 9.—Tous les examens de laboratoire seront faits par les laboratoires bactériologiques du Département National de Santé publique, qui devront fournir tous les documents possibles sur les recherehes effectuées pour être envoyés aux bureaux de l'Inspection et à l'établissement hospitalier oú le malade sera envoyé.

§ 10.—Si les examens de laboratoire sont négatifs, le diagnostic pourra être aidé par l'examen clinique. Dans ce cas, on suivra les instructions spéciales données par l'Inspecteur de la Prophylaxie de la Lépre dans lesquelles seront indiqués les signes et simptômes qui autorisent á considérer le cas comme confirmé ou suspect.

Art. 392.—De la conclusion de l'examen, il pourra être fait appel sans effet suspensif, auprès du Directeur général du département.

*Paragraphe unique.*—Dans ce cas, le Directeur general nommera une comission composée de deux médecins des hopitaux d'isolement ou de deux autres spécialistes reconnus n'appartenant pas à l'Administration. Le résultat etant négatif, on supprimera toutes les mesures sanitaires prises relativement au cas notifié, si l'examen autorise le soupçon ou s'il confirme le diagnostic, on exécutera les prescriptious réglementaires.

Art. 393—Dès que l'autorité sanitaire aura conclu au diagnostic positif de la lèpre, ce fait sera porté á la connaissance du malade, ou de la personne qui le represente, en notifiant aussi l'obligation de l'isolement et la liberté que conserve le malade de subir celui-ci dans son propre domicile ou dans l'établissement hospitalier qui lui conviendra le mieux.

*Paragraphe unique.*—Sauf accord spécial, auront droit de préférence pour etre isolés dans les léproseries, les malades domiciliés, selon les termes de la loi dans l'Etat ou Municipe oú ces établissements sont situés. Les malades venant des autres Etats on Municipes ne seront accueillis qu'après acquiescement préalable des autorités sanitaires de l'endroit où il desirent aller, en suivant, dans ce cas, les determinations de l'article 11 de décret n.° 3987, du 2 jannier 1920. S'ils n'obtiennent pas ce consentement préalable, les malades seront renvoyés dans les lieux de leur residence.

Art. 394.—Dans les colonies de lèpreux, on permettra l'internement d'une personne adulte, qui veut accmpagner le malade, mais tous les frais du séjour resteront à la charge de celle-ci ; si toutefois, la personne qui accompagne le lépreux est l'autre conjoint, et si elle est sans res-

source le Governement pourra en accorder l'internement gratuit.

*Paragraphe unique.*—Quand la personne saine, internée, voudra, à une époque quelconque, s'en aller, elle devra se soumettre à l'examen médical et á la surveillance pendant tout le temps qui l'autorité sanitaire le jugera utile.

Art. 395.—Il y aura, dans les établissements hospitaliers, un pavillon d'observation pour les malades qui, d'aprés l'indication médicale, doivent être soumis à un examen nouveau et rigoureux avant d'etre internés définitivement. En cas de désaccord dans le diagnostic, l'Inspecteur prendra une determination et pourra ordonner un nouvel examen.

Art. 396.—Dans les établissements de lépreux, en dehors des dispositions dejá determinées et de celles qui seront prescrites dans leurs réglements intérieurs, seront, em plus, observées les conditions suivantes:

*a*) Les malades devront s'astreindre en permanence à une propreté corporelle rigoureuse et les porteurs de lesions ouvertes devront toujours les faire soigner et les tenir occluses. Ils devront avoir le plus grand soin de la désinfection de leurs excrétions, en tenant compte de toutes les voies d'émission de bacilles;

*b*) Les malades présentant des accidents fébriles fréquents, et ceux, habituellement apyrétiques, qui se trouvent dans une phase de réaction fébrile, seront isolés dans un pavillion spécial, rigoureusement protégé contre les moustiques.

*c*) Les domiciles des lépreux, d'une catégorie quelconque, seront protégés contre les moustiques et les mouches et subiront des visites périodiques pour réparations possibles de la protection mécanique. On prendra, dans tout l'établissement, le plus grand soin d'éviter la procréation d'insectes hémafophages;

*d*) Autour de l'établissement, dans une étendue d'environ 1000 mètres de rayon, d'après indication de l'autorité sanitaire, on évitera autant que possible la procréation de culicides et de mouches;

*e*) On ne devra mettre aucun obstacle à la vie commune des époux qui le veulent le conjoint sain s'obligeant à la plus stricte serveillance médicale. Dans ces conditions, ou quand tous les deux sont atteints, ils pourront habiter dans des departements spéciaux de l'etablissement;

*f*) Les fils de lépreux, même si un seul des parents est malade, seront maintenus dans des sections spéciales, annexées aux quartiers occupés par les personnes saines de l'établissement; ils y seront transportés aussilôt après lá naissance;

*g*) Ces enfants ne devront pas être nourris au sein par une nourrice, et ne seront pas nourris par la mère, si celle-ci est atteinte de lèpre;

*h*) Les employés de l'établissement qui seront plus directement en contact avec les lépreux, seront, autant que possible, choisis parmi les lépreux valides, de manière à utiliser le minimum de personnes indemnes;

*i*) Les objets et ustensiles utilisés par les lépreux seront destinés à leur usage exclusif, et, dans aucune hypothèse, ne feront l'objet de vente, d'échange ou de cession à une personne saine;

*j*) Les prisonniers atteints de lèpre seront logés dans un local approprié de la colonie.

Art. 397. — L'isolement des lépreux est permis dans les hôpitaux communs ou dans les maisons de santé seulement, dans les terms de l'article 284. Dans ce cas, ces établissements devront se soumettre aux prescriptions spéciales de l'Inspection de la Prophylaxie de la Lèpre; toute infraction comporte le retrait de la concession, qui est toujours donnée à titre précaire.

Art. 398.—La fondation et la gestion d'établissements hospitaliers pour lépreux pourront être accordées à des personnes ou associations privées. Ces établissements ne pourront toutefois fonctionner qu'après autorisation de l'Inspection de la Prophylaxie de la Lèpre; ils seront assujettis à la surveillance et obligés de se soumettre aux mesures sanitaires jugées nécessaires.

*Paragraphe unique.*—Par décision gouvernementale, pour la fondation et la gestion d'établissements d'isolement, l'Inspecteur pourra faire accord avec des associations privées capables : le Directeur général après en avoir pris connaissance et délibéré, signera l'accord ; ces établissements resteront sous le contrôle du bureau de l'Inspection.

Art. 399.—Les malades isolés dans les hôpitaux pourront se faire soigner, dans les conditions déterminées par le règlement intérieur de l'établissement, et prendre à leurs frais un médecin de leur choix.

Art. 400.—Les malades internés pourront changer d'hôpital ou être isolés à leur domicile, si leur état le permet et après consentement de, l'autorité sanitaire.

Art. 401.—Dans des cas spéciaux, suivant l'avis du directeur de l'établissement, et si les chances de contagion sont peu importantes, on permettra au lépreux de s'absenter pendant un temps limité, pour rendre visite à sa famille ou traiter de ses intérêts. Tous les frais seront à sa charge ; il devra être accompagné par un gardien ou par un infirmier, afin de garantir que les mesures de prévention qui lui seront prescrites seront prises. Le directeur de l'hôpital examinera chaque cas particulier, décidera s'il n'y a pas danger pour la colectivité, limitera avec précision la durée de l'absence et remettra au malade des instructions écrites mentionnant les mesures de précaution auxquelles il reste assujetti. La concession ne sera accordée qu'après que l'autorité sanitaire de l'endroit où il doit aller, aura fait savoir qu'il y a des moyens pour l'isolement domiciliaire, temporaire, auquel sera soumis le malade.

Art. 402.—L'isolement du lépreux, s'il s'agit d'un chef de famille ou d'une personne subvenant á son propre entretien, sera notifié aux autorités administratives ou judiciaires aux fins de droit ou d'équité.

Art. 403.—En cas de ressources très limitées, les autorités sanitaires chercheront à aider le lépreux admis dans la léproserie ou donneront une assistance temporaire à sa famille.

Art. 404.—L'isolement domiciliaire ne sera permis qu'autant qu'on pourra exercer une surveillance assidue, et que le domicile n'est pas une maison d'habitation collective ou de commerce.

*Paragraphe unique.*—L'autorité sanitaire accordera plus facilement l'isolement domiciliaire aux malades de la forme nerveuse ou anesthésique pure.

Art. 405.—Une fois arrêté l'isolement domiciliaire, l'autorité sanitaire donnera au malade un délai raisonnable pour se préparer à son exécution, mais celui-ci restera dès ce moment soumis à la surveillance sanitaire. On lui fournira des instructions écrites sur les conditions dudit isolement.

*Paragraphe unique.*—Les dépenses de l'isolement domiciliaire seront toujours supportées par les malades.

Art. 406.—Au domicile du lépreux et principalement dans sa chambre, sera prescrite la plus scrupuleuse propreté. On évitera, autant que possible, l'entrée dans la chambre de personnes ètrangères. Les malades devront avoir au moins une chambre à coucher personnelle. Les effets personnels et le linge du malade seront lavés à part, dans la maison même, et préalablement désinfectés ou bouillis. Tous les récipients qui recevront des excréments devront contenir des solutions antiseptiques. On aura un soin particulier des mouchoirs, qui transportent facilement de nombreux germes en cas de rhinite.

Art. 407.—Les appartements du malade seront, si possible, désinfectés tous les jours et débarrassés des mouches, moustiques et autres insectes, et les portes, les fenêtres et ouvertures pourvues de treillis de protection. Dans les environs de la maison, selon l'avis de l'autorité sanitare, on évitera, autant que possible, la procréation de culicides et de mouches.

Art. 408.—Les malades seront rigoureusement maintenus dans leurs chambres, protégés contre les moustiques, quand ils auront des accidents fébriles fréquents, toutes les fois qu'ils auront des accès fébriles ou en

toute autre occasion où l'on craint la bacillémie.

Art. 409.—Les malades isolés à domicile, outre les recommandations qui leur seront données par l'autorité sanitaire pour chaqne cas, devront obéir aux prescriptions suivantes :

*a*) Observer scrupuleusement toutes les recommandations faites par les autorités sanitaires ;

*b*) Rester autant que possible éloignés des autres locataires en évitant tout contact corporel et fréquentation intime prolongée ;

*c*) Faire usage d'ustensiles leur appartenant en propre et s'en servir exclusivement ;

*d*) Conserver toujours leur linge dans un local propre et protégé surtout s'il a été contaminé par des excrétions ;

*e*) Avoir toujours les lésions ouvertes occluses et désinfectées avec des pansements antiseptiques ;

*f*) Rester autant que possible dans leur chambre, et n'en point sortir quand ils se trouveront isolés *de rigueur* ;

*g*) Se servir toujours des cabinets d'aisance et de la baignoire qui leur seront indiqués, en faisant désinfecter de suite les excréments et l'eau des bains ;

*h*) S'eloigner toujours des enfants qui demeurent ou restent dans leur domicile.

Art. 410.—Toutes les personnes de la famille, les domestiques et tous ceux qui demeureront ou resteront dans le domicile des malades, devront se conformer aux prescriptions suivantes :

*a*) Obéir aux recommandations de l'autorité sanitaire ;

*b*) Se prêter aux examens nécessaires pour vérifier s'ils sont contaminés, principalement s'il s'agit du conjoint sain du lépreux ou d'enfants ;

*c*) Ne pas utiliser un objet ou ustensile quelconque, qui ait servi au malade et ne pas rester sauf cas de force majeure, dans les appartements qui lui ont été destinés ;

*d*) Ne pas garder leur linge personnel ou d'usage, près de celui du malade ;

*e*) Se désinfecter toutes les fois qu'ils toucheront à des lésions ouvertes des malades, ainsi qu'avant et après avoir snigné ces lésions ;

*f*) Maintenir le domicile, autant que possible, débarrassé de moustiques et autres insectes ;

*g)* Ne permettre de visiter le malade qu'à ceux qui acceptent les mesures de précaution conseillées ;

*h*) Eviter le contact fréquent du malade avec les domestiques et autres employés, et lui donner, autant qu'il sera possible, un domestique ou un infirmier particulier ;

*i*) Faire desinfecter, avant le blanchissage, tout le linge de corps et de maison du malade, et incinérer les pièces de pansement usées.

Art. 411.—Le malade isolé à domicile, selon le degré d'infection, pourra s'absenter dans des cas exceptionnels, sous surveillance, avec consentement de l'autorité sanitaire. S'il n'obéit pas aux prescriptions qui lui seront données, il ne pourra plus jamais jouir de cette faveur.

Art. 412.—L'enfant, issu de parents lépreux isolés à domicile, ne devra pas être nourri au sein par une nourrice et ne sera pas nourri au sein par la mère, si celle-ci est atteinte de lèpre.

Art. 413.—Le domicile quitté par un lépreux, celui dans lequel il y aura eu un décès de lepreux, devront être désinfectés et nettoyés avant de servir á nouveau, ainsi que tout le linge et les objects qui ont servi au malade et qui n'ont pu être incinérés.

Art. 414.—L'enterrement de ceux qui décéderont de la lèpre est sujet aux règles prophylactiques adoptées pour les cas de maladie infectieuse.

Art. 415.—Le malade isoié à domicile ne pourra avoir une occupation ou une profission pour lesquelles il est obligé de manipuler des objets ou des substances employés ou consommes par d'autres.

Art. 416.—Si le malade isolé à domicile va demeurer dans un autre

Municipe ou dans un autre Etat, il devra être porteur d'une feuille adressée à l'autorité sanitaire dont rèleve sa nouvelle résidence, pour lui faire connaître le genre d'isolement auquel il était soumis.

*Paragraphe unique*—Les malades ne pourront pas être transférés ou changés d'un Municipe ou d'un Etat dans un autre, sans acquiescement préalable des autorités sanitaires de l'endroit où ils se dirigent; au cas oú cet acquiescement préalable ne serait pas obtenu, les malades seront renvoyés à leur résidence.

Art. 417—Pour la prophylaxie de la lèpre on exercera la surveillance sanitaire sur les classes suivantes d'individus:

*a*) Les lépreux isolés à domicile.

*b*) Les suspects dinfection lépreuse, ou considérés comme tels:

I.—Les personnes qui, sans présenter de symptômes de la maladie pourraient être des porteurs de germes, pour partager ou avoir partagé le domicile du lépreux.

II.—Les personnes qui, examinées par lautorité sanitaire, présenteraient des signes ou des symptômes attribuables à l'infection lépreuse.

Art. 418.—La surveillance des suspects, comme porteurs de germes, se prolongera, suivant avis de l'autorité sanitaire jusqu'au délai de cinq ans après la disparation des motifs de suspicion; celle des personnes présentant des symptômes attribuables à la lèpre ne cessera que quand les symptômes auront disparu ou ne seront plus suspects.

§ 1.—Le enfants qui demeurerant chez des lépreux pourront fréquenter des écoles ou des colléges, mais sous surveillance très rigoureuse. Et, dès qu'ils présenteronts des symptômes suspects, ils ne pourront plus rester avec les enfants sains.

§ 2.—De même que les lépreux, les porteurs de symptômes suspects ne pourront avoir ume fonction, un emploi ou une profession qui les mettrait en rapport avec le plublic ou en contact direct avec d'autres personnes, principalement des enfants; ils ne pourront pas, particulièrement, servir dans des établissements oú l'on vend et manipule des substances alimentaires, ou des objects à usages commun. Le patron, chef ou propriétaire de la maison ou établissement, aussitôt invité por l'autorité sanitaire, devra donner congé à l'employé.

Art. 419.—La surveillance, qui pourra aussi être exercée par des infermières sous la direction des inspecteurs sanitaires, aura pour but de vérifier, par des visites fréquentes, si les dispositions réglémentaires sont exécutées, le médecin devant faire l'examen clinique et bactériologique du malade toutes les fois qn'il le jugera nécessaire.

*Paragraphe unique*—Les conditions de surveillance seront fixées dans chaque cas, de manière à sauvegarder la défense collective, et transcrites sur une feuille spéciale ou sur la fiche même du malade. La fréquence des visites aux malades isolés à domicile sera réglée d'après le degré d'infection du patient, les conditions du milieu où il vit et l'execution des prescriptions de l'autorité sanitaire. Les visites aux personnes suspectées seront faites à intervalle de trois à six mois, suivant avis de l'autorité sanitaire, qui pourra fixer des délais dans lesquels ces personnes doivent se presenter au siège des services, pour être examinées.

Art. 420—Le bureau de prophylaxie de la lèpre établira un enregistrement de toutes les personnes qui sont sous la surveillance sanitaire, avec fiche pour chacune, de manière à pouvoir faire une enquête sur la maladie et ses conditions épidémiologiques.

Art. 421.—L'Inspection de la Prophylaxie de la Lèpre fera une large propagande d'education hygiénique populaire pour faire connaître les conditions de contagion de la maladie, le danger du charlatanisme médical et pharmaceutique s'y rapportant et les moyens de prévention conseillés; Cette propagande sera faite d'après des instructions minutieuses expédiées par l'inspecteur du service. Dans le même but, le Département sollicitera des Facultés de médecine du pays d'élargir l'étude de la léprologie, dans l'intérêt des mesures prophylactiques conseillées dans ce réglement.

Art. 422—On exercera une surveillance spéciale sur le charlatanisme médical et pharmaceutique, se rapportant á la lèpre, et on dénoncera aux autorités les infractions dévoilées.

Sur les demandes au sujet de médicaments anti-lépreux, présentées au Département national de la Santé publique, on réclamera toujours l'avis de l'Inspection de la Prophylaxie de la Lèpre.

Art. 423—Aucun lépreux étranger ne pourra pénétrer sur le territoire national ; ceux qui y seraient entrés devant être repatriés.

Art. 424—L'Inspection de la Prophylaxie de la Lèpre organisera le recensement de tous les lépreux existant au Brésil, particulièrement dans les zones de sa juridiction. Elle utilisera, dans ce but, les données qui lui seront fournies par la notification des cas dans ces mêmes zones et celles obtenues des États qui font à leurs frais la prophylaxie de cette maladie.

Art. 425—L'Inspecteur de la Prophylaxie de la Lépre indiquera au Directeur du Département le nombre, le lieu et le genre d'établissements hospitaliers qui devront être installés de suite, ainsi que ceux qui deviendront nécessaires, après que le recensement des lépreux sera connu.

Art. 426—Le Gouvernement pourra aider, moyennant accord, les sociétés philanthropiques capables, si elles ont pour but de prêter assistance aux lépreux pauvres et de leur permettre l'isolement domiciliaire ou hospitalier.

Art. 427—L'Inspection prendra des mesures pour la visite des établissements actuels de lépreux, qui resteront sous son contrôle, afin de vérifier s'ils remplissent leurs buts prophylactiques et s'ils sauvegardent les intérêts de la santé collective.

*Paragraphe untque.*—Au cas où les prescriptions de l'autorité sanitaire ne seraient pas exécutées, et oú il existerait des inconvenients au point de vue prophylactique, l'Inspecteur demandera la fermeture de ces etablissements.

Art. 428—L'Inspecteur de la Prophylaxie de la Lèpre pourra exposer au Directeur général du Departement l'intérêt qu'il pourrait y avoir à charger des professionnels ou des instituts connus, de faire des recherches relatives à la prophylaxie et au traitement de cette maladie.

*Paragraphe unique.*—L'Inspecteur cherchera à augmenter la fabrication des agents thérápeutiques les plus actifs contre la lèpre, le Gouvernement pouvant entrer en accord avec l'Institut Oswaldo Cruz ou avec des associations ou etablissements connus. Cet accord sera signé par le Directeur et contrôlé par l'Inspecteur.

Art. 429—Avant la fondation des etablissements hospitaliers, dont parle ce règlement, on pourra, de suite, exécuter les prescriptions qui n'en dépendent pas, et en plus, les suivantes :

*a*) Le Département national de la Santé publique prendra des dispositions pour que tous les lepreux pauvres ou vagabonds soient admis dans un local provisoire d'isolement et, s'il le juge necessaire et possible, moyennant accord dans les leproseries déjà existantes ;

*b*) Les lepreux des autres catégories qui ne pourront pas être hospitalisés seront provisoirement placés en surveillance ou isolés à domicile, selon avis de l'autorité sanitaire.

Art. 430—Les désinfections, les nettoyages et les déplacements des malades dans le District fédéral seront assurés par les bureaux des services de la prophylaxie, moyennant réquisition de l'Inspection de la prophylaxie de la lèpre.

Art. 431—Le Département national de la Santé publique, par l'intermédiaire des bureaux de la dite Inspection, sollicitera des États de l'Union l'extension de la prophylaxie de la lèpre, moyennant accord et d'après les règles établies dans ce règlement.

# BASES DA PROFILAXIA DA LEPRA EM GOA

O problema de lepra no nosso país, devendo ser, em breve, objecto duma Conferência especial, apontaremos aqui as bases profiláxicas aplicáveis á nossa terra ; essas bases compreenderiam os seguintes princípios:

*1.º Notificação obrigatória :*

Todo o caso averiguado ou suspeito de lepra seria notificado á autoridade sanitária. Tratando-se da notificação é preciso, sobretudo, considerar a quem deve ela competir. Entendemos que, em vista dos êrros de diagnóstico a que a lepra pode dar lugar, essa notificação tem de ser, *confidencialmente*, feita à autoridade sanitária do respectivo concelho : *a )* por todo o clínico que tenha disso conhecimento ; *b)* pelo chefe da família do atacado ou suspeito, inclusivé pelo tutor quando fôsse menor de idade ; *c* ) pelo visinho mais próximo ; *d* ) e, finalmente, pelo regedor da localidade. A notificação confidencial seria, imediatamente, seguida duma *inspecção sanitária* pelo delegado de saúde que, em caso de necessidade, poderia requisitar o auxílio laboratorial ao centro mais próximo. Esta inspecção teria por fim : *a)* o exame clínico e o diagnóstico do ou dos indivíduos a que se referiu a informação confidencial ; *b*) caso a suspeição se confirme, o exame clínico dos contactos mais próximos, pertençam ou não á família do atacado, residam ou não na localidade, afim de se descobrirem casos de lepra frusta.

A autoridade sanitária enviaria um relatório completo dos casos estudados á repartição de saúde, afim de serem tomadas as medidas constantes dos períodos que seguem, tendo o cuidado de discriminar, relativamente a cada doente, as suas lesões para se reconhecer se são ou não infectantes, e, sobretudo, se são repelentes ( facies leonino, mutilações ), o seu estado geral e, finalmente, as condições sociais em que vive, se destituido ou não de meios de fortuna. Devido a êrros possíveis de diagnóstio e para evitar responsabilidades em matéria tão grave, preferimos que o diagnóstico seja confirmado por uma *junta médica especial*, de que faria parte o director do Instituto Bacteriológico, a autoridade sanitária concelhia e um médico livre, escolhido pelo doente, seja em casos que se prestem a dúvidas, seja á reclamação do doente que não concordasse com

êsse diagnóstico.

Além de factores de ordem scientifica que levam a advogar êste alvitre, há razões de ordem moral a que é preciso, por todas as formas, atender.

2.ª — *Classificação dos inspeccionados*: A autoridade sanitária que verificasse um caso de lepra, teria de dividir os leprosos e os individuos do *entourage* nos seguintes grupos, importantes quanto ao destino ulterior a dar-lhes:

*A*) Casos de lepra típica: $A^1$ — Mutilados, lazarentos e outros *inválidos*,
$A^2$ — Fortemente infectantes, leoninos ou com lesões extensas máculo-anestésicas ou tuberculosas mas *válidos*.

*B*) Casos de lepra no inicio: $B^1$ — Com excreções baciliferas.
$B^2$ — Sem excreções bacilíferas (lesões de tipo geralmente anestésico).

*C*) Casos de lepra ganglionar.

*D*) Individuos sãos.

3.ª — *Destino a dar aos inspeccionados*: Todo o doente de lepra averiguada com excreções bacilíferas deverá ser sujeito ao *isolamento obrigatório*. O grau dêsse isolamento variará, segundo as classes atrás referidas:

*a*) Os mutilados e outros invalidos deverão ser recolhidos, em *asilos* confortáveis, com todos os cómodos necessários para o seu infortúnio e situação social. Este isolamento tem de ser absoluto, sequestrando-os, ás vistas do público e doutros doentes que, tendo lesões menos avançadas, veriam nos pobres asilados, por uma seqüência lógica e natural, os espectros vivos da sua miséria futura. Asilos desta natureza não reclamam pessoal médico especial. Não há aqui lugar para tratamento especifico, pelo menos com fim curativo. O único *desideratum* é cercar os pobres doentes de carinhos que a sociedade é obrigada a prestar á sua desgraça, socorrendo-os, de quando em vez, com os meios terapêuticos necessários para acudir ás infecções intercurrentes.

*b*) Os leprosos infectantes, não inválidos, precisam, igualmente, de ser *isolados*, mas êsse isolamento não tem por fim a protecção á invalidez que caracterisa o grupo anterior. Os métodos modernos do tratamento específico deixam entrever a possibilidade, se não da sua cura completa, pelo menos de uma atenuação de sintomas, quando não seja o *blanchiment*, em casos tratados no início. Esse isolamento tem, pois, de ser feito em *enfermarias de leprosos* que, divididas em secções separadas, para os dois sexos, compreenderiam blocos distintos, por motivos de ordem moral, para os doentes com lesões pouco avançadas e que não incutam a repugnância e o terror que inspiram o facios leonino e as grandes máculas, cobrindo

a superficie do corpo na, quási, totalidade da sua extensão. Evidentemente, em cada secção, haveria compartimentos destinados a acolher os leprosos, que uma doença intercurrente obrigasse a uma hospitalisação mais cuidada e, como apendice a estas enfermarias, uma casa de isolamento destinada aos que contraissem uma doença intercurrente aguda e transmissivel como as febres eruptivas.

A disposição e o plano destas enfermarias, se devem ser gerais ou compreender, também, pavilhões para doentes particulares, depende do número dos doentes, das condições do local e dos recursos de que possamos dispôr. Não se deve esquecer que toda a enfermaria ou hospital tem como acessórios um local para desinfecções e compartimentos para casa de banhos, cosinhas etc. As despesas do funcionamento de tais enfermarias ficam reduzidas ao minimo, visto que uma grande parte do serviço interno deveria ser confiada aos próprios leprosos. Uma *oficina* de trabalho e um *templo* religioso constituem os adjuvantes morais indispensáveis para se levar a bom têrmo e com resignado optimismo a cruz dos nossos sofrimentos e é porisso que em todas as leprosarias se procura dar solução a esta parte moral de tão grave problema.

*c*) Restam-nos, no grupo dos leprosos, os indivíduos com formas frustas não bacilíferas e os que apresentam a lepra latente gânglionar.

São doentes que precisam dos socorros de um *dispensário*. Entendemos que nas Delegacias de saúde se deveria montar tais dispensários que não reclamam mais que umas seringas para injecções, algumas drogas e os aprestos e solutos indispensáveis para as desinfecções. Póde o tratamento ser feito pelo médico da localidade, mas não dispensa inspecções periódicas da autoridade sanitária, seja para seguir a evolução da doença, seja para surpreender, por exames bacteriológicos repetidos, o momento em que se tornem infectantes.

*d*) Tratando do isolamento dos leprosos, surge a questão do *isolamento domiciliario* que, devendo ser absolutamente proíbido em famílias pobres e de situação social, relativamente inferior, poderá ser permitido, quando sob responsabilidade de um médico da localidade e após exame e verificação pela autoridade sanitária, se entenda que as condições de higiene doméstica e individual bem como o nível educacional do atacado e da sua familia oferecem garantias de um isolamento efectivo e rigoroso. Não se deveriam, porém, em tal caso dispensar, de forma alguma, visitas periódicas, feitas pela autoridade sanitária e, sendo possível, com assistência do médico responsável, para se verificar a eficácia das medidas preconisadas. Para que tais visitas dêem os resultados desejados é necessário que sejam feitas sem prévia participação aos interessados.

O isolamento domiciliário, sendo uma concessão humanitária que as leis de muitos países permitem, transigindo

com os sentimentos afectivos da familia, desapareceria desde que nos estabelecimentos públicos houvesse o máximo de confor-to para os leprosos e desde que a propaganda educacional por conferências e, sobretudo, por um ensino mais especialisado dos estudantes da nossa Escola Médica neste ramo da patologia, orientasse o púplico sôbre as causas e os efeitos da lepra, expurgando a mente de terrores biblicos com que a maior parte encara os infelizes que o infortúnio lançou na mais cruel das misérias.

Quando um de nós (A. de A.) esteve em Vingurlá viu o efeito admirávelde educação das massas pelo Cinema.Uma fita sistematisada representando o modo como se adquire o contágio, os estragos que causa a doença e os métodos de combate a empregar poderia ser adquirida pela nossa Escola Médica, para demonstrações que feitas, nas suas circunscrições pelos delegados de saúde, mais uma vez provariam ao púbico do nosso país o alto papel da assistência que a Escola e os seus filhos têem vindo desempenhando no correr dos tempos.

*e*) Os individuos indenes, vivendo no *entourage* dum leproso, necessitam de uma vigilância que deverá ser confiada aos cuídados dos delegados de saúde, a cujo cargo ficam os dispensários. Como o serviço de saúde reclama, actualmente, a instalação de gabinetes de microscópia, seriam tais gabinetes os auxiliares mais poderosos da investigação clínica.

*f*) No plano de combate á lepra um dos pontos mais importantes é a segregação de crianças indenes ao meio infeccioso, medida tanto mais importante, quanto é certo, que é nesta idade, sobretudo, que se adquire a doença com mais facilidade. Uma *créche* é pois o complemento indispensável de qualquer instituição anti-leprosa e á *créche*, que cerca de cuidados e alimentos os pequeninos na infância, se junta a escola, que lhes ministra a sciência da vida futura.

A organisação e o funcionamento de tais estabelecimentos dependem absolutamente das condições e recursos locais. São ao mesmo tempo obras de higiene e filantropia sôbre as quais não é possivel dar mais largas indicações.

*g*) Finalmente é de boa precaução que a área onde ficarem tais estabelecimentos seja vasta e que á sua roda, pelo menos num raio de 1000 metros, se não permita a construção de estábulos e currais, para se evitar o aparecimento de insectos e a possibilidade da transmissão da doença por êste meio.

*

* *

As bases fundamentais da profilaxia de lepra têm sido divididas por nós da seguinte forma :

1.º—Notificação obrigatória.

2.º—Isolamento dos atacados em asilos quando invalidos. e em enfermarias quando sejam válidos infectantes;

3.º—Tratamento dos doentes em enfermarias e dispensários. empregando-se êste último sitesma, apenas, para os leprosos, não bacilíferos e para os doentes de lepra latente ganglionar.

4.º - Permissão do isolamento domiciliário em casos especiais.

5.º—Separação precoce das crianças do *entourage* dos leprosos.

6.º—*Surveillance* dos individuos indenes, vivendo no *entourage* dum leproso.

7.º—Intensiva propaganda educacional anti-leprosa.

Como bem se compreende, não é possivel esquematisar mais detalhadamente e vasar, em moldes rigidos, a organização dos serviços anti-leprosos. Assim, casos haverá em que um leproso incurável, mas ainda válido, deve por motivos de ordem moral, ser internado no Asilo onde os seus serviços poderiam ser, e com vantagem, aproveitados. São problemas de natureza administrativa, cuja solução depende do espirito humanitário e do bom senso do ou dos individuos, encarregados da direcção dos mesmos estabelecimentos, que poderiam, ainda, aproveitar dos respectivos internados para trabalhos agricolas ou industriais que, além de concorrerem para minorar as despesas da manutenção destas instituições, se têm provado muito úteis sob o ponto de vista do confôrto moral que produzem nos leprosos. A única precaução, que é necessário observar com todo o rigôr, é que os produtos do trabalho dos leprosos não saiam fóra da área do estabelecimento.

E' de toda a vantagem que a parte técnica e profissional de tais estabelecimentos fique a cargo dum médico. Com o espirito de abnegação que os caracterisa e o de iniciativa que as condições do momento podem gerar, é de esperar que os próprios serviços de assistência e de enfermagem possam ser confiados aos internados, após um treino educacional que deve constituir uma das obrigações primaciais do médico.

Não se pode, com certeza, dispensar os serviços de pessoas estranhas, tanto no ramo de enfermagem como na secção administrativa. Só comissões gerentes, em que haja um grande espirito de filantropia, poderão resolver a parte prática desta questão.

Antes de concluir o presente estudo vamos a fazer a divisão dos leprosos que foram descriptos na nossa Estatistica sob o ponto de vista do destino a dar-lhes, advogado na presente memória:

Estas cifras podem evidentemente variar durante o tempo que decorrer até o estabelecimento das medidas apontadas,

mas dão uma idea aproximada da questão.

*Doentes invalidos para o Asilo*, Margão H. 4, Raia H. 2, Rachol H. 2, Benaulim H. 1, Betalbatím H. 2. S. José do Areal H. 2, Carmonã H. 1, Ambaulim H. 1, Morgim M. 1, Mapuçá H. 1, M. 3, Assagão H. 1, M. 1, Arporá M. 1, Calangute H. 1, Verém H. 1, Santa Barbara H. 1, Varacunda M. 1, Jamprim M. 1, Racoli H. 1, Rudonã H. 1, Gunça H. 1, Sali H. 1, Sili H. 1, ou seja em Salsete 14, Pondá 1, Perném 1, Bardês 9, Ilhas 1, Damão 2, Praganã 5, perfazendo um total de 32 invalidos dos quais 24 H. e 8 M.

*Doentes validos mas altamente infectantes* Margão H. 2, M. 1, Nuvém H. 2, M. 1, Rachol M. 1, Benaulim H. 2, Colvá H. 3, M. 1, Navelim M. 1, Betalbatim H. 3, M. 1, Utordá H. 2, Carmonã H. 1, M. 1, Pondá H. 1, Sirodá H. 1, Candeapar H. 1, Mapuçá H. 7, M. 2, Assagão H. 2, M. 1, Calangute H. 1, M. 1, Candolim H. 3, M. 1, Verém H. 3, Santa Barbara H. 7, M. 1, Combarjua H. 1, Ambavari H. 1, Dunreta H. 1, Jampor H. 1, M. 1, Sili M. 1, Racole H. 1, M. 1, Bonta H. 2, Garatpara H. 1, Rudona H. 1, Gorbari H. 1. Ou seja um total de 67 leprosos, sendo H. 51, M. 16, distribuidos pela forma seguinte: Salsete 22, Pondá 4, Bardês 21, Ilhas 9, Damão 4, Praganã 8.

*Doentes bacilíferos com lesões pouco extensas* — Margão H. 1, Nuvem H. 2, M. 3, Betalbatim H. 1, M. 1, Raia M. 2, Benaulim M. 1, Utordá H. 1, Calangute H. 1. M. 2, Candolim H. 1, Verém M. 3, Santa Barbara H. 7, M. 2, Garatapara H. 2, Bildari H. 2. Ou seja um total de 32 leprosos dos quais 18 H. e M. 14 distribuidas pela seguinte forma: Salsete 12, Bardês 7, Ilhas 9, Praganã 4.

*Classificação dos doentes internados em Vingurlá para os fins da profilaxia.*

Invalidos para asilo H. 9, M. 6=15.

Validos, mas altamente infectantes. H. 25, M. 11=36.

*Doentes com lesões mínimas e, sem excreções baciliferas* (dispensario) Margão H. 6, M. 4, Raia M. 1, Benaulim H. 2, Colvá M. 1, Santa Bárbara H. 3, Nova-Gôa M. 1. Do entourage dos doentes de Vingurlá H. 3, M. 3.

*Lepra latente ganglionar* H. 2.

Ou seja um total 28 doentes.

## Resumé

Dans cette etude on envisage les trois points suivants:

*a*) nos connaissances sur l'etiologie et l'epidemiologie de la lèpre, de montrant sa contagiosité par des faits de contagion individuelle et par l'introduction de cette maladie dans des pays jusque là indemnes. On indi-

que les voies de l'élimination bacilaire par les tubercles ulcérés, le sang et le pus, les secretions nasale et plus rarement conjonctivale, le lait dans les mammites lepreuses, le sperme dans les orchiepididymites, la salive dans les ulcerations buccopharyngées, la desquamation épidermique, les poils, les cheveux et la pustute vaccinale. On montre l'importance des formes frustes qui constituent souvent des foyers d'élimination bacillaire, d'autant plus dangereux qu'ils restent souvent inaperçus. On enumère ensuite les voies de pénétration dubacille dans l'arganisme : la muqueuse nasale, la peau, la muqueuse génitale sont des portes d'entrée plus fréquentes. Reference est faite á la lèpre latente ganglionnarire et au rôle des insectes dans la propagation de cette maladie.

*b*) On décrit sommairement les principes basilaires de la prophylaxie et leur application dans quelques pays. On discute l'importance de l'isolement et ses diverses étapes depuis les rigueurs du moyen âge jusqu'à nos jours. On donne le texte de la loi norwégienne et de la loi brézilienne sur la lèpre.

*c*) On cherche ensuite à appliquer à notre pays les bases de la prophylaxie, en vue de donner une solution pratique à ce problème. Les voici :

1.—notification oblyatoire confidentielle faite par le clinicien, par le chef de la famille par le voisin plus proche et par l'autorité administrative locale.

2.—Inspection sanitaire du malade ou suspect dont le diagnostic en cas de doute ou sur sa reclamation sera etabli par une comission speciale composée de trois medecins, le Directeur de l'Institut Bacteriologique, le delegué de santé et un clinicien líbre choisí par le malade. En cas de lèpre confirmée, examen clinique de tous les contactes.

3.- Classification des inspectionnés pour le but prophylactique par la forme suivante :

| | | |
|---|---|---|
| A. Cas de lepre typique | A. 1 | mntilés, lazarins et d'autres *invalides* |
| | A. 2 | valides mais avec lésions étendues et infectantes |
| B. Cas de lèpre an début | B. 1 | avec excrétions bacillifères |
| | B. 2 | sans excrétions bacillifères. |

C. Lèpre latente ganglionnaire.

D. Individus indemnes.

4.—Destiné à donner aux lépreux : A tous les malades bacillifères *l'isolement obligatoire,* pour les *invalides* dans *l'asyle,* pour *les valides* avec *des lesions étendues* dans des *infirmeries* différentes pour des raisons d'ordre moral de celles des malades avec des lesions peu étendues ainsi que des cas de lèpre au debut avec excrétions bacillifères. Pour les *lèpres frustes sans excretions bacillaires* et *pour les lèpres latentes ganglionnaires* le traitement au *dispensaire.*

Pour les individus *sains* appartenant à l'entourage des lepreux la *surveillance.*

On insiste sur la *segregation des enfants* et seulement dans de cas exceptionnels on permet *l'isolement domiciliaire.*

Comme moyens accessoires la propagande, defense d'installation d'étables dan une aire de 1.000 mètres de rayon autour de l'etablissement.

Comme ces points vont être soumis à la décision de la Conférence de la Lèpre on donne les chiffres des cas étudiés et groupés selon ce critérium. Les voici :

*Invalides* pour l'Asyle
*Bardez* H. 4. M. 5.=
*Ilhas* H. 1=
*Salsete* H. 14=
*Quepèm* H. 1.=

*Pondá* H. 1=
*Pernem* M. 1.=

Parmi les internés à Vingurlá H. 9. M. 6=15.
A' Goa donc un total de 42 invalides.
A' Praganã 5, à Damão 2.

*Valides mais avec des lesions très étendues*

Salsete H. 15, M. 7; Pondá H· 3; Bardez H. 16, M. 5; Ilhas H. 8, M 1; Parmi les malades internés à Vingurlá H. 25, M. 11. A' Goa donc un total de 91 ; à Praganà H. 6, M. 2.

*Valides mais avec des lésions minimes* (lèpre au début, infectante)

Salsete H. 7, M 5, Bardez H. 2, M. 5, Ilhas H. 7, M. 2. A' Gôa donc 28 lepreux ; a Praganà 4.

*Lèpres frustes sans excretions bacilifères*

Salcete H. 11, M 9, Bardês H. 1, Ilhas H. 3, M. 1. . Les malades que nous destinons donc pour le dispensaire sont donc 25.

*Lèpre latente ganglionnaire*

Ilhas 1 Salsete 1 ou soient 2 aussi pour le dispensaire.

*Individus sans pour surveillance* (entourage des lèpreux)

Santa Barbara 30, Bambolim 11, Pangim 2, Assagão 3, Calangute 2, Orda 2, Verem 8, Verná 6, Seraulim 4, Curtorim 5, Chinchinim 2, Chandor 4, Betalbatim 12, São José de Areal 2, Utordá 7, Benaulim 17, Colvá 3, Navelim 6, Raia 13, Rachol 12, Margão 30, Nuvém 26.

Evidemment ces chiffres se rapportent exclusivement à la statistique que nous avons dressée et doivent être au deça du nombre réel des lépreux de notre territoire.

---

## NOTA COMPLEMENTAR SOBRE ESTATISTICA E PROFILAXIA DA LEPRA

por

*Alfredo d'Araújo*

Os dados colhidos nos nossos estudos e desenvolvidamente relatados nas memórias que precedem podem ser resumídos nos seguintes mapas :

# Lepra Típica

## MAPA I

### Formas clínicas

| | Salcete | | | | Bardês | | | | Ilhas | | | | Quepém | | Pondá | | Pernêm | | Damão | | Praganá | | Total | Percentagem |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Em Gôa | | EmVingurlá | | Em Gôa | | EmVingurlá | | Em Gôa | | EmVingurlá | | | | | | | | | | | | | |
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | | |
| Lepra Tuberculosa | 5 | 1 | — | — | 2 | 1 | — | — | 2 | | — | — | — | — | 1 | — | - | | — | 1 | 3 | 1 | 17 | 10,7% |
| Lepra Nervosa | 3 | 2 | 6 | 6 | 3 | 7 | 1 | 4 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | — | 1 | 3 | - | 39 | 24,6% |
| Lepra Mixta | 20 | 6 | 26 | 6 | 14 | 2 | — | — | 6 | 1 | 2 | 1 | - | — | 2 | — | - | — | 2 | 2 | 9 | — | 100 | 63,2% |
| Lepra Lazarina | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | - | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | 0,6% |
| Lepra expontaneamente curada ou nunca foi lepra? | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | - | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 0.6% |
| Total | 28 | 9 | 32 | 12 | 20 | 11 | 1 | 4 | 9 | 1 | 2 | 1 | 1 | — | 3 | — | - | 1 | 2 | 4 | 15 | 2 | 158 | |
| Percentagem | 81 | | | | 36 | | | | 13 | | | | 1 | | 3 | | 1 | | 6 | | 17 | | | |
| | 51,2% | | | | 22,7% | | | | 8,2% | | | | 0,6% | | 1,8% | | 0,6% | | 3,7% | | 10,7% | | | |

# MAPA II

## Proveniência da doença

| | | Salcete | Bardês | Ilhas | Quepém | Pondá | Perném | Damão | Paganá | Total | Percentagem | India Portuguesa | | Estrangeiro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | Total | Percentagem | Total | Percentagem |
| India Portuguesa | Familiar | 24 | 17 | 1 | — | — | 1 | 2 | 9 | 54 | 34,1% | | | | |
| | Não familiar | 23 | 7 | 10 | — | — | — | — | 1 | 41 | 25,9% | 148 | 93,7% | 10 | 6,3% |
| | Provávelmente da India Portuguesa | 30 | 9 | 2 | 1 | 3 | — | 4 | 4 | 53 | 32,5% | | | | |
| | Estrangeiro | 4 | 3 | — | — | — | — | — | 3 | 10 | 6,% | | | | |

**N. B.**—Neste mapa estão computados os leprosos internados em Vingurlà.

# MAPA III

## Condições sociais

| | Salcete | | | Bardês | | | Ilhas | | | Quepém | Pondá | Perném | Damão | Praganá | Total | Percentagem |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Em Góa | Em Vingurlá | Total | Em Góa | Em Vingurlá | Total | Em Góa | Em Vingurlá | Total | | | | | | | |
| Pobres | 29 | 43 | 72 | 22 | — | 22 | 9 | 1 | 10 | 1 | 3 | 1 | 6 | 17 | 132 | 83,5% |
| Remediados | 7 | 1 | 8 | 9 | 5 | 14 | 1 | 2 | 3 | — | — | — | — | — | 25 | 15,8% |
| Ricos | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 0,6% |

# Lepra Frusta

## MAPA IV

### Tipos

| | N.º de pessoas de família | N.º de pessoas que escaparam ao exame | N.º de pessoas examinadas | Resultado do exame | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Formas correspondentemente apuradas | | | | | | | | |
| | | | | Tipo I | | Tipo II | | Tipo III | | Total dos tipos n.os I, II e III | Suspeitos | Negativos |
| | | | | Lesões mínimas e excreções bacilares | | Só excreções bacilares (rinite) | | Só lesões clínicas mínimas | | | | |
| | | | | M. | F. | M. | F. | M. | F. | | | |
| Salsete | 181 | 60 | 121 | 2 | 2 | 3 | 6 | 5 | — | 18 | 9 | 94 |
| Bardês | 30 | 7 | 23 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | — | 10 | — | 13 |
| Ilhas | 89 | 41 | 48 | 2 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 10 | 1 | 37 |
| Total | 300 | 108 | 192 | 5 | 5 | 9 | 11 | 7 | 1 | 38 | 10 | 144 |
| | | | | 10 | | 20 | | 8 | | | | |
| Percentagem em relação ao número de pessoas examinadas | | | | 5,2% | | 10,4% | | 4,1% | | 19,7% | 5,2% | 75% |

# MAPA V

## Condições sociais

| | Salcete | | | Bardês | | | Ilhas | | | Total | Percentagem |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo I | Tipo II | Tipo III | Tipo I | Tipo II | Tipo III | Tipo I | Tipo II | Tipo III | | |
| Pobres | 4 | 8 | 2 | 1 | 5 | — | 3 | 5 | 1 | 29 | 76,3% |
| Remediados | — | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | — | — | 1 | 9 | 23,7% |
| Ricos | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 0% |

# Lepra Latente Ganglionar

## MAA VI

### Casos apurados

| | Salcete | | Bardês | | Ilhas | | Total de examinados | Total de casos positivos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M. | F. | M. | F. | M. | F. | | |
| N.º de pessôas examinadas | — | 1 | — | 1 | 9 | 1 | 12 | |
| N.º de casos positivos | — | 1 | — | — | 1 | — | — | 2 |

**N. B.**—Ambos os doentes são pobres.

# MAPA VII

**Mapa indicando o destino a dar aos leprosos para os fins da Profilaxia**

| | Salcete | | | | Bardês | | | | Ilhas | | | | Quepém | | Pondá | | Perném | | Damão | | Praganã | | Total | Percentagem |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Em Gôa | | EmVingurlá | | Em Gôa | | EmVingurlá | | Em Gôa | | EmVingurlá | | | | | | | | | | | | | |
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | | |
| Asilo | 18 | 3 | 13 | 3 | 7 | 7 | 1 | 2 | 3 | — | 1 | 1 | 1 | — | 2 | | — | 1 | 2 | 1 | 9 | 2 | 77 | 38,8% |
| Enfermaria | 15 | 14 | 19 | 9 | 16 | 10 | — | 2 | 12 | 3 | 1 | – | — | — | 1 | — | — | — | — | 3 | 6 | — | 111 | 56% |
| Dispensário | 5 | 1 | — | — | 1 | — | – | — | 2 | 1 | – | — | — | — | — | — | — | — | – | — | – | — | 10 | 5% |

# 1.ª CONFERENCIA DA LEPRA DA ÍNDIA PORTUGUESA

POR

*Froilano de Mello*

Secretário Geral da Conferência

## HISTÓRIA

Em Março de 1925 o Director do Instituto Bacteriológico de Nova Goa, Dr. Froilano de Mello, recebeu do chefe dos Serviços de Saúde das possessões francesas da India, a seguinte carta, expedida de Pondicheri:

Le Medecin-major de 2me. classe des Troupes coloniales, P. Noel' Directeur du Service de santé.

A Monsieur le Dr. Froilano de Mello—Nova Goa.

Monsieur et cher confrère.

Connaissant l'interêt que vous portez à la question de la Lèpre et votre compétence dans cette matière, je prends la liberté de m'adresser à vous en m'excusant de me servir de la langue française, faute de disposer en ce moment d'un interprète portugais, et ayant lu de vous des travaux en français qui dénotent une connaissance parfaite de notre langue.

Je serais très heureux de savoir comment est organisée actuellement la lutte antilepreuse dans les Indes Portugaises, sur quels principes elle est basée, sur quelle législation spéciale elle s'appuie.

Quelles formations sanitaires (leproseries, dispensaires, laboratoires équipes mobiles, etc.) y sont consacrées? Disposez-vous d'un personnel special?

Si des mesures ont pu être prises vis-à-vis des enfants de lépreux je serais heureux de connaitre la solution que vous avez donné à cette face du problème, plus dificile à resoudre dans ce pays si particulier.

Possédez-vous des ressources autres que celles du budget d'Assistence Médicale: subventions fournies par des associations scientifiques ou humanitaires, fondations charitables, etc.?

Enfin je vous serais reconaissant de tous renseignements et documents qu'il vous plaira d'y joindre au point de vue statistique, clinique, et thérapeutique.

Nous avons mis sur pied ici une organisation, qui, sans étre encore parfaite, donne déjà des resultats encourageants. J'ai, dautre part, eu récemment l'occasion d'aller voir à Calcutta les moyens mis en oeuvre chez les anglais.

Je dois reconnaitre que nous ne pouvons esperer, dans notre colonie modeste, consacrer à la lutte antilepreuse un pareil luxe de personnel et de matériel et des moyens financiers aussi puissants que ceux dont disposent nos voisins.

Mais notre devoir est de faire pour le mieux. Aussi serais-je désireux de compléter ma documentation par les renseignements de tout ordre que vous aurez l'amabilité de me fournir et dont je serais très heureux de pouvoir m'inspirer pour renforcer nos modes d'action et mener à bien la lutte antilepreuse

Je m'excuse de mon indiscrétion et vous prie de croire à mes sentiments très sinceres de confraternel devoûement.

(Signé) *Dr. P. Noel*

Esta carta teve a seguinte resposta:

Mon cher confrère:

Depuis 1916 nous avons commencé à nous dedier au probleme de la lèpre. Mon confrere G. Correia après une minutieuse étude des conditions locales a proposé—et le Service de Santé a encouragé cette proposition—l'acquisition d'une île fluviale pour y former une colonie agricole. Des difficultés financières ayant surgi pour l'achat de cette île le problème est resté sans solution.

De mon coté je me suis dédié plus particulièrement au traitement de la lèpre, encouragé par les succés par les gynocardates et ethylethers. Actuellement je dois vous avouer qu'après un long emploi des ces drogues ainsi que du stybenil, 461 et 471 (allemands) et du karpotran brézilien, je suis arrivé à l'impression clinique que nous avons très peu avancé sur le chapitre de la guérison. Par nos moyens actuels on obtient quelquefois le blanchiment et la question *Chemiotherapique de la lèpre* faif plutôt partie du probleme de la prophilaxie que du traitement proprement dit.

Un *asyle des lepreux* dû à l'initiative privée et créé depuis 1875, fonctionne plutôt pour les lepreux vagabonds et mendiants et ne comporte plus que 20 lits pour les deux sexes.

Le Gouvernement va se mettre en acord avec la Direction de cet Asyle et les Hopitaux de Santa Casa de Misericordia et Hospice de Margão pour resoudre le probléme. Pour le moment il n'y a pas de legislation speciale sur la lèpre.

On va prochainement réunir une Conférence sur la lépre avec les autorités sanitaires (delegués de santé des provinces) et administratives pour prendre des resolutions definitives.

Les problèmes à traiter sont:

1) Statistique des cas existants avec description clinique minutieuse, conditions sociales et hygieniques de leurs habitations;

*a)* 2) Il y a t-il des foyers endemiques?

3) Dans ces foyers depistage de lepreux *frustes.*

4) Dans l'entourage des malades y a t-il des lepreux latents?

*b)* Tentatives des cultures et inoculations.

Reactions utilisables pour un diagnostique precoce?

*c)* L'etat actuel de la chemiotherapie antilepreuse;

*d)* Diverses méthodes de prophilaxie antilepreuse;

Quelles sont les méthodes qui conviennent pour l'Inde Portugaise en vue des conditions sociales et moeurs de nos diverses peuplades et l'etat de nos finances?

Je vous mettrai au courant des travaux. Inutile de dire que nos moyens ne nous permettent pas d'employer les luxueuses et collossales res-

sources qui ont a leur portée nos voisins les anglais.

Je vous demande votre opinion sur i'eparséno.

Croyez, vous que ses resultats sont égaux ou supérieurs à ceux des éthil ethers de chaulmoogra ?

Votre bien cordialement
(Signé) *Froilano de Mello*

Pela Secretaria dos Serviços de Saúde foi expedida ás delegacias de saúde a seguinte nota-circular, acompanhada das necessárias instruções:

Tendo o chefe dos serviços de saúde, sob proposta do sr. sub-chefe Froilano de Mello, resolvido pedir a Sua Exa. o Governador Geral autorisação para se reunir uma conferência conjuncta das autoridades sanitárias, administrativas, da Associação Médico-Farmacêutico, afim de tratar exclusivamente do problema de lepra na India Portuguesa sob todos os pontos de vista e convindo reunir desde já o material necessário e colher todos os elementos de informação sôbre o assunto, pede-se ás delegacias de saúde que se dignem enviar a esta Secretaria com a possivel urgencia os seguintes dados, confeccionados com o máximo cuidado em vista da importância do mesmo assunto:

1.º—Estatistica dos casos de lepra existentes na área de cada delegacia com o nome do doente e indicação precisa da habitação, descrição minuciosa de forma clinica de cada caso, história pregressa sôbre o contágio directo ou por hereditariedade, condição social, os meios de subsistência,tudo detalhado por cada caso; se vivem nos centros de povoações ou isolados, se nas casas que habitam são tomadas e há condições para tomar medidas para se evitar a comisturação dos doentes com os sãos ou aparentemente sãos, se o individuo doente exerce algum mister ou profissão que o ponha em contacto com a gente das povoações, destino que se dá as imundicies domésticas das casas infectadas, proveniência de contágio, se foi local ou do estrangeiro, etc.

2.º—Se há focos endémicos nas aldeias e se nesses focos ou na familia ou vizinhança das casas infectadas se encontram formas *frustas* que passam despercebidas à simples inspecção clinica. Pesquisar cuidadosamente se há leprosos com formas nervosas, apenas esboçadas, concentrando especialmente a atenção nas discromias—em que muitas vezes há bacilos especificos—que passam despercebidos mas que se podem surpreender por um exame cuidadoso e nas rinites que são tantas vezes a mais precoce e contagiosa manisfestação da lepra. Casos desta naturesa bem como afecções dermáticas no entourage dos doentes com lesões eritematosas no corpo deverão ser reportados á parte pois que êstes casos demandam pesquisas bacteriológicas e que porisso precisam ser especificados e nominalmente relacionados, indicando o local de habitação afim de se poder fazer o exame.

3.º—Se se conhecem casos de lepra curados espontaneamente ?

4.º Se há procreação nas familias dos leprosos, as condições em que vivem os filhos, se na mesma habitação ou separados, se teem doença ou são aparentemente sãos.

5.º—Todos os outros elementos de informação que os srs. delegados entendam dever acrescentar.

Concluindo o chefe dos serviços de saúde lembra aos srs, delegados de Saúde que a questão de lepra é já do dominio internacional e faz parte de programa da Liga das Nações e que o ponto de partida de todo o nosso trabalho será a organisação de uma estatistica conscienciosa dos casos de lepra actualmente existentes.—O Chefe dos Serviços da Saude. (a) *F. A. Wolfango da Silva.*

## INSTRUÇÕES

Para completa orientação dos estudos sôbre a lepra que vai empreender o Instituto Bacteriológico, de colaboração com os srs. delegados de saúde, o Director do mesmo Instituto formulou as instruções que a seguir se transcrevem, afim de serem cumpridas;

*a*— Chamo *lepra frusta* quando se manifesta sob forma de discromias, pequenas infiltrações, zonas anestesicas, que passariam despercebidas sem um detido exame clinico. Já tenho visto casos assim, manifestando-se por vezes apenas por uma anhidrose da zona doente, conservando todavia a sensiblidade, e a anhidrose sendo o único sintoma de perturbação nervosa juntamente com uma acromia ou policromia do tipo acneico ou de rosacea com ou sem telangiectasias. Nos focos porventura endemicos de lepra há necessidade de um exame clinico cuidadoso da gente considerada sã e que faça parte de entourage do leproso para se descobrirem tais casos de lepra. E o exame clinico é tanto mais precioso quanto nem sempre se apanha o bacilo, sobretudo nas formas nervosas. Talvez a rinite iodica daria os bacilos? Exprimentar e estudar. Os pontos scientificos a atender nesta ordem de casos parecem-me os seguintes;

1.º) Existem casos de *lepra certa*, com bacilos na lesão apenas em inicio, e que não seriam reconheciveis se não por um exame clinico rigoroso?

2.º) No caso em que a doença se manifeste apenas sob forma de pequenas modificações de sensibilidade e se não encontrem bacilos seja na zona doente seja na rinite iodica, poder-se-á considerar tais casos como sendo de lepra?

*b*—Chamo *lepra latente* quando em individuos reconhecidamente sãos, no entourage dos doentes, se encontrem bacilos de lepra em estado de saprofitismo. Quais os órgãos que poderão ser os receptores de tais bacilos? Examinar cuidadosamente os ganglios e procurar o bacilo no suco ganglionar. Experimentar igualmente o estudo das secreções da rinite natural ou iodica, sabido que uma das vias de entrada da infecção é a mucosa nasal.

Este ponto é dos mais importantes sob o ponto de vista da Epidemiologia, Tratamento e Profilaxia.—O Chefe dos Serviços de Saúde. (a) *A. F. Wolfango da Silva.*

*Instrução especial aos delegados de saúde, chefes dos gabinetes de microscopia*

1.º—Conhecer bem o bacilo de lepra por coloração a Ziehl Nehlsen e descoloração fraca pelo ácido diluido.

2.º—Prática desse exame nos casos de lepra com tuberculos que encontrarem na visita sanitária.

Os trabalhos dos nos 1.º e 2.º destinam-se para o seguinte:

### Ponto importante da pesquisa scientifica

No entourage dos leprosos procurem Individuos aparentemente sãos sem manifestações nervosas nem tuberculos aparentes mas que tenham ganglios e rinite, isolada, ou conjunctamente.

Preparem frottis da rinite que as vezes pode ser provocada pelo iodeto de potássio e do suco dos ganglios por puncção e pesquisem o bacilo de Hansen. Os elementos clinicos de cada caso positivo ou negativo sejam cuidadosamente descritos na sua história e as placas preparadas sejam enviadas ao Instituto Bacteriológico que está procedendo ao mesmo estudo=Lepra latente e diagnóstico precoce.—O Chefe dos Serviços de Saúde. (a) *F. A. Wolfango da Silva.*

Estando-se na continuação do estudo dêste magno problema, o Conselho de Saúde e Higiene, a propósito dum ofício da Direcção do Hospício do Sagrado Coração de Maria de Margão, dirigido ao Governador Geral, emitiu êste parecer:

*O Conselho de Saude e Higiene, por unanimidade, entende que, em vista da gravidade e importância do assunto, a questão deve ser considerada aberta e o assunto discutido numa grande conferencia provincial em que tomem parte todos os membros do Conselho de Saude e Higiene, os médicos do quadro de saude, os delegados de Saude e médicos municipais as autoridades administrativas dos concelhos, os representantes, da Imprensa etc. para que nessa conferencia possam ser encarados, estudados e praticamente estabelecidos os melhores principios da profilaxia, aplicaveis ao nosso territorio, e para indicar a Sua Ex.ª o Governador Geral a maneira mais eficaz de resolver êste grande problema.*

*Nova Goa, 13 de Dezembro de 1925.*

O Secretário do Conselho.
(a) *F. Mendes Franco*

Sua Ex.ª o Governador Geral concordou com o parecer do Conselho de Saúde e Higiene, acima transcrito, e determinou a publicação da Portaria autorizando a reunião da Conferência da Lepra, portaria que é do teor seguinte:

Considerando que os estudos feitos sôbre a lepra nesta provincia têm demonstrado a existência de numerosos casos, alguns dos quais distribuidos por focos familiares com tendência á propagação:

Considerando que é urgente evitar o alastramento desta doença no nosso território:

Considerando que para a efectivação prática das medidas que a sciencia aconselha é necessário adaptá-las aos recursos de que esta província dispõe e às condições peculiares do nosso meio:

Atendendo ao que me foi exposto pelo chefe dos serviços de Saúde, ouvido o Conselho de Saúde e Higiene:

O Governador Geral do Estada da India determina:

1.º—Em 21 de Fevereiro reunir-se-há em Nova Goa, uma Conferência provincial em que serão tratados os diversos assuntos concernentes á etiologia e epidemiologia, á terapêutica e profilaxia da lepra na India Portuguesa:

2. —É presidente da Conferência o chefe dos Serviços de Saúde e secretário geral o sub-chefe a cujo cargo ficará a redação das actas da Conferencia, bem como a confecção de memorias resumidas para serem previamente destribuidas pelos membros da conferência:

3.º—As memórias a que se refere o número anterior não excederão quatro páginas impressas cada uma e compreenderão os seguintes assuntos: História da lepra na India Portuguesa; Subsidios para a estatistica dos leprosos na nossa India: Experiências sôbre a possibilidade da transmissão de lepra por insectos: Ensaios de culturas e inoculações do bacilo de Hansen; Ensaios de terapeutica e seus resultados nos leprosos de Goa: Sugestões para a profilaxia da lepra em Goa: Plantas de Goa utilisaveis na terapeutica da lepra. Serão impressas na Imprensa Nacio-

nal e destribuidas pelos membros da Conferência pelo menos com 8 dias de antecipação :

4.º São membros da Conferencia :

*a*) Os vogais do Conselho de Saúde e Higiene ;

*b*) Os facultativos do Quadro de Saúde ;

*c*) Os Professores da Escola Médica ;

*d*) O Presidente e os membros da Associação Médico-Farmacêutica que pedirem a sua inscrição á Secretaria da Conferência ;

*e*) Os delegados e sub-delegados de saúde ;

*f*) Os médicos municipais ;

*g*) Os autores e colaboradores das memórias referidas no número anterior ;

*h*) Os clinicos que pedirem a sua inscrição á Secretária da Conferência :

*i*) Os administradores dos concelhos, confrarias e comunidades :

*j*) Dois delegados de Santa Casa de Misericórdia, do Hospicio do Sagrado Coração de Maria e do Asilo de Nossa Senhora dos Milagres.

5.º Haverá tres sessões : uma destinada á estatistica da lepra na nossa India ; uma destinada á terapeutica da lepra : á terceira á profilaxia da lepra no nosso território :

6.º As conclusões da Conferencia serão presentes a este Governo no praso máximo de 8 dias a fim de servirem de base para as medidas a serem adoptadas no combate á lepra neste Estado.

Cumpra-se.

Governo, Geral em Nova Goa, 9 de Janeiro de 1926.

O Governador Geral,
(a) *Mariano Martins*

Com as devidas formalidades foi depois organizada a lista nominal dos conferentes, incluindo-se todos os médicos que pediram a sua inscrição :

Ei-la :

*Dr. Francisco Antonio Wolfângo da Silva* (a)
*Dr. Indalêncio Froilano de Melo* (a)
*Major Farmaceutico Alfredo Tinoco* (a)
*Dr. Ricardo Correia Mendes* (a)
*Dr. João da Cruz* (a)
*Dr. José Camilo Aires Conceição e Sá* (a)
*Dr. Antonio Xavier da Rocha Pinto* (a)
*Dr. Pedro Leão Barros* (a)
*Dr. Victor Manuel Dias* (a)
*Dr. Domingos Roque de Sousa* (a)
*Dr. Antonio Augusto T. R. do Rego* (a)
*Dr. Antonio Filipe Pinto Cordeiro* (a)
*Dr. Fernando Basso Marques* (a)
*Dr. Augusto Jaime Elizabé Rodrigues* (a)
*Dr. Viriato Matias da Costa Andrade* (a)
*Dr. Arminio Ribeiro de Santana* (a)
*Dr. Florêncio Mariano Ribeiro* (a)
*Dr. Francisco X. T. de Siqueira Nazaré* (a)
*Dr. Felizardo Almeida*
*Dr. Pedro Antonio da Cunha* (a)

*Dr. José Estevam Afonso* (a)
*Dr. Miguel Piedade Gracias* (a)
*Dr. Wiseman Pinto* (a)
*Dr. Ramacrisna Porobo Loundó* (a)
*Dr. António Joaquim Vás*
*Dr. Micael Pinto do Rosário* (a)
*Dr. Luis de Sousa e Pereira* (a)
*Dr. Luis J. Brás de Sá* (a)
*Dr. Valentim Azarias de Sá* (a)
*Dr. António Brás Gomes* (a)
*Dr. Aristides da Costa* (a)
*Dr. Teodoro de Sousa* (a)
*Dr. Fermino José da P. Gonsalves*
*Dr. Gonopoti Xete Colopo*
*Dr. Venâncio de Almeida*
*Dr. Trivicrama Govinda Elecar* (a)
*Dr, Cláudio V. R. de Albuquerque* (a)
*Dr. Vicente Paulo da Cunha*
*Dr. Jeronimo Caetano Proença Bragança*
*Dr. Caetano Gracias* (a)
*Dr.ª Escolástica Gracias* (a)
*Dr. Alfredo Araujo* (a)
*Dr. Joaquim Cabral* (a)
*Dr. Rafael Ubaldo Pais* (a)
*Dr. Olencio da Gama Pinto* (a)
*Dr. António Peregrino da Costa* (a)
*Dr. Francisco Xavier de C. Lourenço* (a)
*Dr. Luis Conceição Gonzaga Menezes.*
*Dr. Aprigio M. Eusébio Afonso* (a)
*Dr. Loreto de Sousa* (a)
*Dr. Balcrisna Sacardandó* (a)
*Dr. Manoel Belmiro Fernandes* (a)
*Dr. Otão Bonifácio Pereira* (a)
*Dr. José Erasmo Jaques* (a)
*Dr. Aluisio Menezes* (a)
*Dr. Paulo José da Veiga* (a)
*Dr. Atmarama Govinda Borcar* (a)
*Dr. Martinho Cota* (a)
*Dr. Luis dos Santos Alvares* (a)
*Dr. Romulo Noronha*
*Dr. Joaquim Grevi Figueiredo de Albuquerque* (a)
*Dr. J. J. Fragoso*
*Dr.ª Bibiana Dias* (a)
*Dr.ª Adelina de Sousa Antoxi* (a)
*Dr. Sebastião José da Costa* (a)
*Dr. Roberto Mesquita* (a)
*Dr. Lencastre Pereira de Andrade*
*Dr. Caxinata Sinai Ladda* (a)
*Dr. António Colaço* (a)

*Dr. Jafet Palha* (a)
*Dr. Abailard Barreto* (a)
*Dr. António Maria da Cunha* (a)
*Administrador do Concelho das Ilhas* (a)
*Administrador do Concelho de Bardês* (a)
*Administrador do Concelho de Salcete* (a)
*Administrador do Concelho de Pondá* (a)
*Administrador do Concelho de Quepém* (a)
*Administrador do Concelho de Sanguém* (a)
*Administrador do Concelho de Sanquelim* (a)
*Administrador do Concelho de Canácona*
*Administrador do Concelho de Mormugão* (a)
*Administrador do Concelho de Perném*
*Administrador do Concelho de Valpoi*
*Administrador das Comunidades das Ilhas* (a)
*Adminisirador das Comunidades de Salcete*
*Administrador das Confrarias de Bardês*
*Administrador das Confrarias das Ilhas*
*Administrador das Confrarias de Salcete*
*José Eulogio Veloso* (a)
*Dr. Adolfo Sinval da Costa* (a)
*Dr. Inácio Manuel de Miranda* (a)
*Dr. Sales de Veiga Coutinho* (a)
*Dr. João Baptista Alvares* (a)
*António, Pantaleão Ferrão*
*Roberto Bruto da Costa* (b)
*Luis de Menezes* (b)
*Joaquim Araújo Mascarenhas* (b)
*Francisco Pereira Batalha* (b)
*Aleixo Clemente Messias Gomes* (b)
*Dr. António Maria da Cunha* (b)
*Dr. J. Erasmo Jaques* (b)

Dos conferentes desta lista só compareceram e assistiram ás sessões os indicados com a aposição da letra (*a*) ao lado do nome.

Os nomes indicados com a letra *b* são os dos jornalistas qûe foram convídados a assistirem ás sessões da Conferência.

Os trabalhos sôbre a lepra presentes á Conferência foram organizados pelo Director do Instituto Bacteriológico, ajudado pelos seus colaboradores Dr. Sequeira Nazareth, delegado de saúde em Margão, e quintanistas Dr.ª Escolástica Gracias, Alfredo d' Araújo e Joaquim Cabral, distribuindo-se-lhes os respectivos trabalhos, todos sob a directa fiscalisação e colaboração efectiva do director do Instituto. O Sr. Dr.Domingos Roque de Sousa foi convidado a relatar especialmente a memória do Instituto relativa á profilaxia da lepra. Os botânicos Sres. Dr.

Caetano Gracias e Lencastre Pereira de Andrade foram também convidados a escrever memórias sôbre a sua especialidade.

Os empregados do Instituto Manuel da Barca, e Romualdo Fernandes auxiliaram os autores no tratamento dos leprosos; os empregados da Secretaria de Saúde J. B. Henriques, A. Pereira e A. Abreu na redacção das actas da Conferência, que a seguir se publicam.

# Dia 21 de Fevereiro de 1926

## *Sessão inaugural*

No salão da Câmara Municipal das Ilhas, cedida para a Conferência da lepra pelo seu Presidente reuniu-se ás 14 horas a mesma Conferência sob a presidência de honra de Sua Ex.ª o Governador Geral Sr. Capitão da fragata Mariano Martins e com assistência dos membros do Conselho Legislativo e executivo, magistrados, chefes de serviço, oficiais de terra e mar, membros da Conferência e demais convidados.

*O Presidente da Conferencia Dr. Wolfango da Silva proferiu o seguinte discurso*:

Sr. Governador Geral, Meus Senhores! Na série das conferências da Associação Médico-Farmacêutica é esta a 3.ª destinada a chegarmos a uma conclusão prática na resolução do grande problema da lepra no nosso território. A primeira versou sôbre a cólera que uns julgavam endémica em Goa, admitindo a hipótese de recrudescencias periódicas: outros, na grande maioria, supondo-a sempre importada do estrangeiro, atribuiam as manifestações esporadicas a imigrações clandestinas dos infectados ou infectantes. Esta questão ficou satisfatoriamente resolvida e sôbre as bases das conclusões assentou-se a profilaxia coroada dos melhores resultados.

A segunda Conferência foi sôbre a febre tifoide amplamente discutida, estando já organizado o plano de defesa que é muito mais difícil e complicado, visto que se trata de um inimigo interno e insidioso: são porém, lisongeiros os resultados obtidos, e, creio firmemente, que com a cooperação de todos os cidadãos no seu persistente esforço de saneamento e denúncia dos primeiros casos, chegaremos breve a reduzir ao minimo a mortalidade e morbidez da terrivel doença.

A lepra de que tratamos hoje, é um antiquíssimo problema de higiene social, um verdadeiro flagelo que se céva na humanidade de uma forma clínica e cruel. Desde a simples

placa anestesica que passa completamente despercebida ou uma singela mácula cutânea mal diagnosticada ou não reconhecida, até as formidaveis deformações faciais e mutilações horrorosas, a lepra percorre toda uma escala de multiplas, manifestações espalhando o contágio lenta e traiçoeiramente, e provocando o pavor e a repulsão em que os sentimentos de humanidade podem delir-se numa brutal ferocidade.

Bem poucos leprosos havia nesta terra alguns anos atraz; hoje constituem uma legião enorme. Pode-se mesmo dizer que a lepra já bate ás portas da cidade e tem o seu quartel nas principais populações de Goa. Não é a primeira vez que se trata de resolver êste problema. Estava já traçado o plano de profilaxia pelo isolamento em 1917, e o Exmo. ex-Governador Geral. Freitas Ribeiro, tê-lo-ia resolvido, se não fossem as sérias dificuldades financeiras agravadas por mil e uma complicações que surgiram diante de Sua Exa. num periodo de transição que não podia correr suavemente, desviado do caminho secular de uma tutelagem incongruente da metrópole e do desinterêsse inconsciente da Colónia. A Secretária dos Serviços de Saúde, não descançou, porém. Acompanhava com anciedade e doloroso interêsse os alvores de uma nova orientação na questão. A profilaxia da lepra pelo isolamento, veio complicar-se com a intervenção da terapêutica activa no combate á doença. A vaçina da cólera simplificou enormemente a profilaxia anti-colerica, quási que dispensando o isolamento: a terapêutica anti-leprosa dispensará também o isolamento dos leprosos obrigando-nos a intensificar os nossos esforços para descobrir casos ainda mal esboçados de lepra para um tratamento precoce e eficaz? Eis a questão.

Esta Conferência sôbre a lepra deve-se exclusivamente ao meu colega Sr. Froilano de Mello. Alma do primeiro Congresso Médico nesta terra, congresso onde se ventilaram tão importantes pontos de higiene social, e tão profundos vestigios deixou das suas conclusões e dos seus debates, é êle também o espírito dirigente dêste Congresso sôbre a lepra.

A importantissima questão precisa ser resolvida pela cooperação de todos os cidadãos residentes na nossa India. É justamente por isso, que, a Conferência transpós os limites e o estreito âmbito da Sala da Associação Medico-Farmacêutica para tomar a forma de um verdadeiro Congresso onde concorram com o seu contingente consciencioso e esclarecido para a resolução do problema.

Querer é poder, diz o ditado. Basta a nossa fé e toda a energia da nossa alma para acabar com o pessadêlo horrivel da lepra na nossa India. A lepra é uma doença ubicua. Não respeita raças, nem povos, nem climas, nem latitudes. Só recua perante a civilização. Tenhamos sempre diante dos olhos o grande o salutar exemplo da Ilha de Hawai para vermos como a vontade firme e tenaz pode estirpar o mal por mais fundas

que sejam as suas raizes. A lepra, o alcoolismo e vários outros vicios iam transformando a formosa ilha numa triste e lóbrega necrópole. Salvou-a a nova civilização superior, inspirada na higiene social. Dissolvendo-se como por encanto o quadro lúgubre da sinistra degeneração humana, temos hoje naquela ilha, uma raça das mais belas e das mais simpaticas da humanidade. Diz mesmo um geôgrafo ilustre, nosso contemporâneo, *que é impossivel visitar esse povo sem conservar dele a mais nostalgica recordação.*

Na última Conferência sôbre a febre tifoide, dizia eu, que inutil seria a nossa glória se do nosso esforço não saisse qualquer coisa de útil para o bem colectivo. Assim tem sido e assim será. Anima-nos a todos nós a presença nesta Sala de V. Ex.ª Sr. Governador Geral, porque temos neste acto de deferência de V. Ex.ª a prova de que não abandonará a questão de vftal interêsse para esta terra. Foi V. Ex.ª quem me autorisou a pensar seriamente em lançar os fundamentos dêste Congresso, em vista de uma exposição feita pelo Hospicio de Margão, que, pretendendo resolver em parte o tratamento dos leprosos por subsidios aos isolados no estrangeiro, chegou logo à conclusão de que era improficuo o seu sacrificio que ia num crescendo espantoso. Foi de V. Ex.ª que recebemos as maiores facilidades para a realização dêste Congresso. Em nome da classe médica, aqui tão largamente representada, a V. Ex.ª, pois os nossos cordialissimos agradecimentos.

A V. Exas. Senhores Congressistas que nos fazem a honra de assistir ou tomar parte nestes debates, animados pela fé de que já é tempo de resolver a questão da lepra na India Portuguesa, os meus rendidos agradecimentos também pelo seu esforço e pela sua inteligente cooperação.

Sua Ex.ª o sr. Governador Geral proferiu o seguinte discurso :

Meus senhores. Entendeu a Direcção dos Serviços de Saúde tomar a iniciativa da realisação duma conferência provincial da lepra onde se discutissem todos os aspectos dessa terrivel doença, que constitue ainda hoje um dos grandes flagelos da humanidade, principalmente nos países intertropicais. A essa iniciativa me associei, tendo-lhe dado todo o apoio que, dentro da esfera das minhas funções, me foi possivel dar. O problema da lepra, como problema sanitário necessitando de uma definitiva solução é um legado que foi transmitido pelas gerações passadas à geração actual. Esse problema remonta aos primordios dos tempos históricos. A lepra já se encontra descrita no Rigveda, vetusto livro a que se atribui a idade de 3500 anos. Sabido que a literatura dos tempos históricos primitivos fixava sómente os grandes acontecimentos e as coisas que mais impressionavam a massa geral da população, fa-

cilmente se teria a conclusão que a lepra devia constituir uma das preocupações dos dirigentes arias. Também ela preocupou a mente dêsse extraordinário condutor de homens que se chamou Moisés, porque por uma das suas leis os leprosos eram separados do resto do povo, tal era o horror e a repulsa que inspiravam êstes desgraçados.

Os romanos, ao conquistarem os povos da bacia Oriental do Mediterrâneo, contrairam o terrivel mal, que veio com êles a ser introduzido na Europa ; mas foi com as Crusadas que o mal se disseminou duma maneira apavorante, podendo medir-se o pavor pela crueza das medidas profilaxicas então tomadas e pelas fúnebres cerimónias religiosas com o que um desgraçado leproso, ao ser regeitado pela parte sã da população, era introduzido na gafaria.

Pôde assim a Europa fazer extinguir o mal quási por completo. Ainda hoje se não conhece outro sistema eficaz de profilaxia que não seja a separação dos leprosos do restante da população. Simplesmente, os povos de moderna civilização, orientam-se por principios de solidariedade social que impedem que os leprosos possam ser relegados para gafarias como se fôssem precitos que devessem ser enclausurados em antros de repulsão. As gafarias só devem ter o carácter de hospitais de isolamento.

A idea de hospital liga-se a idea de tratamento de doentes e de cura de doenças. Hoje já não é audacioso supôr que a lepra é uma doença curável. A afirmação é feita por homens verdadeiros bemfeitores da Humanidade, que dedicam todo o seu labor á consecução de tão almejado fim. São homens que não procuram, honras, nem proventos. São homens que vivem para a Sciência e a Sciência é o Empireo dos sábios. O prazer dêsses eleitos é todo interior. Nós, os que supomos que as nossas pequeninas questões abrasam o mundo,curvemo-nos perante aqueles que dedicam toda a sua solicitude, toda a perseverança, todo o esforço intelectual.

O conjunto das investigações efectuadas e os resultados definitivamente adquiridos já esbraseiam o horisonte da sciência terapêutica como o rosicler duma aurora, o que nos incute a fagueira esperança que em breve acima dêsse horizonte o novo sol brilhará. Esse sol será a cura da lepra.

Mas antes que a cura de lepra seja um facto scientifico solidamente estabelecido, necessário se torna tomar medidas que evitem a maior propagação do mal. Lord Reading, actual Vice-Rei da Índia Inglesa, constituiu-se campeão do movimento anti-leproso, em toda a India. Para as medidas que tenciona realizar muito dinheiro é precioso. Solicitou o auxílio de todos os que não tem dificuldades na vida e alguns laques conseguiu reunir para a instituição do fundo anti-leproso. A India Portuguesa também está sendo flagelada pelo terrivel mal, mas aqui não há milionários como no Estado nosso vi-

sinho. Para o estudo da solução do problema da lepra na India Portuguesa se reune esta Conferência. Faço votos para que ela seja proficua em resultados práticos. Discuta-se pois o problema.

Meus senhores, está aberta a sessão.

## 1.ª Sessão

### 21-2-926—Ás 15 horas

O Presidente da Conferência Dr. Wolfângo da Silva, convidou para presidir a esta sessão o congressista Dr. Viriato de Andrade.

| | |
|---|---|
| Presidente | Dr. Viriato de Andrade |
| Secretários | Dr. Olêncio da Gama Pinto |
| « | Condorcé Pereira |

Foi relatada pelo Secretário Geral da Conferência, Froilano de Mello, a *Historia da lepra na India Portuguesa* cujo resumo é:

" A lepra é conhecida na India Portuguesa desde longo tempo. Á falta duma estatistica rigorosa não se pode afirmar se está ou não a propagar-se. Doença pouco conhecida do público que fica impressionado tão sómente pelos estados avançados dos leoninos ou mutilados, geralmente confundida com várias dermatoses e, finalmente, passando nas suas formas frustas despercebida mesmo a clinicos, não especializados neste ramo de dermatologia, compreende-se como uma estatistica baseada em informações desprovidas dum alto rigor scientifico não corresponderia á expressão da verdade e aos fins da Higiene e Profilaxia Social.

O Instituto Bacteriológico de Nova Goa tendo tomado a iniciativa de estudar a lepra na India Portuguesa registará nesta nota tudo quanto se tem feito ou tentado fazer para debelar esta doença no nosso país.

Em 15 de Fevereiro de 1916, o secretário da Junta de Saúde, professor Germano Correia, calculando em 100, aproximadamente, o número dos leprosos de Goa—calculos baseados em informações prestadas pelos Delegados de Saúde que apontaram as seguintes cifras: Ilhas 5, Bardés 13, Salcete 40, Sanquelim 2, Sanguém 0, Pondá 2, Canácona 4, Satari 0, Quepém 2, Perném 4 ou um total de 71 a que juntando mais um terço, aproximadamente, por causa de provaveis omissões, o autor perfaz a cifra global de 100—propoz a construção duma *aldeia-gafaria*, indicando para êsse fim, como ideal, a Ilha fluvial de Acaró.

Por indicação do Presidente e Chefe dos Serviços de Saúde, prof. Wolfângo da Silva, resolveu-se que na solução prática dêste problema deviam colaborar outras entidades administrativas para auxiliar o Govêrno a tomar medidas, assentes sôbre as bases elaboradas.

Em Setembro de 1917 retoma-se o estudo da questão. As administrações do concelho informam o Govêrno sôbre os terrenos disponiveis para a construção da leprosaria, indicando ao mesmo tempo os respectivos proprietários. Resolve-se fazer uma vistoria a êstes terrenos para escolher, dentre êles, o mais conveniente. No entanto adia-se a decisão dêste assunto em vista dos resultados animadores, obtidos por outro vogal da Junta de Saúde, professor Froilano de Mello no tratamento da lepra pelo ginocardato de soda. O professor Froilano de Mello teve da par-

te do Govêrno, bem como da Direcção do Asilo de Mapuçá e da Companhia dos autómoveis ( Fraternal ) o mais caloroso apoio para o seu trabalho.

Em dois de Março de 1921, o Govêrno põe à disposição do chefe dos serviços de saúde e da grande comissão encarregada dêste problema a canhoneira "Rio Sado" para uma inspecção às nossas ilhas marítimas. A ilha de Angediva é insalubre e afastada do nosso litoral; as ilhas dos Morcêgos são de pouca acessibilidade, sobretudo durante a monção. S. W.; na ilha dos Ratos uma florescente indústria impede a instalação duma leprosaria na sua área. A ilha de Acaró é, pois, definitivamente escolhida e a sua aquisição proposta ao Govêrno.

*

No distrito de Damão exístem ainda umas construções, destinadas para um asilo de leprosos pelo seu fundador. Todavia nunca foram utilisadas para êsse fim.

*

No distrito da Praganã o Dr. Aristides da Costa tentou sem resultado —salvo êrro,—um pavilhão de isolamento em 1919.

*

A Secretaria de Saúde poz ultimamente à disposição do Instituto Bacteriológico o Stibenil que foi empregado nos ensaios da quimioterapia antileprosa.

*

Pode-se pois dizer que dificuldades financeiras impediram a efectivação de qualquer medida anti-leprosa prática e eficaz.

*

Em todos os paises as instituições de Caridade colaboram com os Governos no combate á lepra. Duas instituições dêste género teem dado aos leprosos de Goa algo do seu esforço : o Asilo de Mapuçá e o Hospício de Margão.

Não se pôde obter informações precisas sôbre o asilo de Mapuçá que há muito tempo recolhe e sustenta alguns dos nossos leprosos. É de esperar que os delegados do asilo á Conferência preencham esta lacuna.

O Hospicio de Margão vem exercendo a sua missão humanitária distribuindo subsidios domiciliários que foram subindo de 2, $2^1/_2$ a 3 e 4 rupias ao mês, desde 1907 a 1921, por 9, 17, 19, 27, 28, 27, 43, 47, 45, 38 31, 48, 37,39 e 59 leprosos do concelho de Salcete. Desde 1922 o Hospicio sustenta no Hospital da Missão Americana em Vingurlá á razão de 10 Rps. ao mês, alguns leprosos, além dos que subsidia em Salcete. Eis o total dos leprosos subsidiados ; 1922, 19 em Vingurlá, 53 em Salcete, 1923, '33 em Vingurlá, 33 em Salcete. 1924, 45 em Vingurlá 30 em Salcete : 1925, 49 em Vingurlá e 27 em Salcete. O Hospicio contribue, também, desde 1924 com 300 Rps. anuais para a manutenção dos leprosos de Goa, internados no Asilo de Matunga em Bombaim donde teriam sido repatriados sem a contribuição acima referida."

O *Dr. F. de Melo* disse : não tenho mais nada a acrescentar aos elementos constantes do resumo destribuido pelos srs. congressistas. A Secretaria da Conferência gostaria de saber se os srs. congressistas têem algumas informações mais para que a nossa história fique possivelmente completa e particularmente se os srs. delegados do Asilo de Mapuçá nos pode-

riam dar relativamente ao asilo os elementos que faltaram para completar a nossa memória.

O *Dr. Florencio Ribeiro* disse: desapareceram os documentos antigos relativos ao Asilo de Mapuçá. Supõe-se que foi construida em 1875 numa pequena casinha, devida a um benemérito de Colvale João Baptista de Mendonça. As únicas referências que se encontram no relatório do rev. Sebastião Botelho relativamente a êste estabelecimento dizem: "Primeiramente, temos dois edifícios; um espaçoso nas imediações da igreja para abrigo dos invalidos em geral; e outro, menor, no oiteiro isolado da povoação, para os acometidos de moléstias contagiosas.» Este quartinho continuou funcionando até 1905, ano em que se desmoronou. O actual edificio foi construido a expensas dos donativos vindos dos patricios residentes na África e outros pontos. A estatistica dos doentes desapareceu também mas temos apenas informações sôbre o movimento dos doentes desde 1917. Ei-las:

| | 1917 | | | 1918 | | | 1919 | | | 1920 | | | 1921 | | | 1922 | | | 1923 | | | 1924 | | | 1925 | | | 1926 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | H. | M | Tot. | H. | M | Tot. | H. | M | Tot. | H. | M | Tot. | H. | M | Tot. | H. | M | Tot. | H. | M | Tot. | H. | M | Tot. | H. | M | Tot. | H. | M | Tot. |
| Existiam | 4 | 3 | 7 | 4 | 3 | 7 | 1 | 3 | 4 | 2 | 3 | 5 | 3 | 3 | 6 | 4 | 4 | 8 | 5 | 6 | 11 | 6 | 8 | 14 | 6 | 8 | 14 | 5 | 8 | 13 |
| Entraram | — | — | — | — | — | — | 2 | 3 | 5 | 3 | — | — | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 5 | 2 | 6 | 8 | — | 2 | 2 | 2 | — | — | — | — | — |
| Soma | 4 | 3 | 7 | 4 | 3 | 7 | 3 | 6 | 9 | 5 | 3 | 8 | 4 | 4 | 8 | 7 | 6 | 13 | 7 | 12 | 19 | 6 | 10 | 16 | 8 | 8 | 16 | — | — | — |
| Fal. ou sairam | — | — | — | 3 | — | — | 1 | 3 | 4 | 2 | — | — | — | — | — | 2 | — | 2 | 1 | 4 | 5 | — | 2 | 2 | 3 | — | — | — | — | — |
| Pass. para o regto. | 4 | 3 | 7 | 1 | 3 | 4 | 2 | 3 | 5 | 3 | 3 | 6 | 4 | 4 | 8 | 5 | 6 | 11 | 6 | 8 | 14 | 6 | 8 | 14 | 5 | 8 | 13 | | | |

Entraram em seguida em discussão as teses relativas á *estatistica da lepra em Goa*, cujo resumo é o seguinte :

## Resumo

Não pode haver uma profilaxia prática e racional numa terra, sem que se conheça o número dos leprosos nela existentes. Não existindo entre nós nenhuma estatística sôbre êste assunto, o Instituto procurou organizá-la, auxiliado pelos seus assistentes e pelos delegados de saúde. Temos todavia fortes razões para supôr que os números apontados ficam ainda aquem da verdade. Nas Velhas Conquistas poucos leprosos nos terão escapado. Nas Novas Conquistas porém não podemos acreditar que o número seja tão pequeno, como o que se aponta neste resumo.

Os casos de lepra foram clinicamente divididos em três grupos havendo em muitos control bacteriológico, que foi porém dispensado quando os sinais clássicos fôssem evidentes e impuzessem o diagnóstico. Em cada caso de lepra foi sempre examinado o entourage. A diagnose clínica nunca porém esteve á mercê do exame microscópico positivo ; muitos casos de lepra sobretudo nas formas anestésicas, não apresentam b. de Hansen a um simples exame e por vezes nem mesmo nas biopsias. Os três grupos acima referidos são :

I—Casos de lepra típica.
II—Casos de lepra frusta.
III—Lepra latente ganglionar.

Teve-se sempre que se pôde, o cuidado, sobretudo nas lepras frustas, de verificar se tinham ou não excreções bacilíferas e de notar as suas condições higiénico sociais, para serem tomadas em consideração no capítulo da profilaxia.

Eis a relação númerica dos casos estudados em que é possível que haja uma ou outra falha para menos, por estar no prelo uma parte do material que serviu para a confecção desta memória.

Eis a relação dos casos estudados por concelhos e aldeias

## Lepra tipica

### Concelho de Salsete

*Margão*—lep. tub. H 1, lep. mixta H 4, M. 1.
*Nuvém*—lep. tub. H. 2, lep. mixta H 1, M. 1.

*Raia*—lep. mixta H. 2.

*N. B.*—Deve-se juntar a êsses casos 1 H lep. tub. que ora residem em Neurá ora na Raia. Tendo vindo ao Instituto por mais de uma vez não foi encontrado nas inspecções a que se procedeu.

*Rachol*—lep. mixta H 2, M 2.

*Benaulim*—lep. mixta H 3.

*Colvá*—lep. tub. H 1, M 1 (adolescente) lep. mixta H 2 (adolescente).

*Navelim*—lep. nervosa M 1.

*Betalbatim*—lep tub. H 1 (adolescente), lep. mixta H 4, M 1, lep. nervosa H 1.

*S. José do Areal*—lep. mixta H 1, lep. nervosa H 1.

*Utordá*—lep. mixta M. 1, H 1 (adolescente).

*Carmoná*—lep. tub. H 1, lep. mixta H. 1, lep, nervosa M. 1.

*Total do Concelho de Salcete*:

Lepra tub. H 6, H 1 (adolescente) M. 1 (adolescente) =8.

Lepra nervosa H 2, M 2=4

Lepra mixta H 18, M 6, H 3 (adolescente)=27.

Ou seja um total de 39 leprosos dos quais 26 H, 8 M, 5 adolescentes (4 H e 1 M).

## Concelho de Bardês

*Mapuçá*—lep. tub. M 1, lep. mixta H 6, M 1, lep. nervosa H 1, M 3.

*N. B.*—Há um caso M que parece expontâneamente curado (?) e deve-se juntar mais 1 M que foi examinado nestes dias (lep. nervosa).

*Assagão*—lep. tub. H 1, lep. mixta H 1, (adolescente) lep. nervosa H 1, M 2.

*Arporá*—lep. nervosa H 1.

*Calangute*—lep. nervosa M 1, lep. lazarina H 1, lepra mixta H 1.

*Candolim*—(Ordá) lep. mixta H 1, M 1.

*Colvale*—lep. mixta H 2 (adolescentes).

*Verém*—lep. mixta H 1, H 1 (adolescente) lep. tub. H 1.

*Total do Concelho de Berdês*:

Lep. tub. H 2, M 1=3.

Lep. nervosa H 2, M 8=10.

Lep. mixta H 9, M 2, H 3 (adolescente)=14.

Lep. lazarina H 1=1.

Lep. curada (?) M 1=1

Ou seja um total de 29 casos dos quais 14 H, 12 M e 3 H (adolescentes).

## Concelho das Ilhas

*Santa Bárbara*—lep. tub. H 1, H 1 (adolescente), lep. mixta H 3, M 1, lep. nervosa H 2, lep. maculosa H 2.
*Neurá*—lep. mixta H 1.
*Combarjua*—lep. nervosa H 1.

*Total do Concelho das Ilhas:*

Lep. tub. H 1, H 1 (adolescentes)=2.
Lep. nervosa H 3=3.
Lep. mixta H 4, M 1=5.
Lep. maculosa H 2=2.
Ou seja um total de 12 das quais 10 H, 1 M e 1 H (adolescente).

A êstes casos juntaremos os nossos leprosos internados em Vingurlá e assim distribuidos.

*No Concelho de Salcete:*

*Margão*—lep. tub. H 1, lep. mixta M 1, lep. nervosa H 1, M 1.
*Nuvém*—lep. mixta H 4, lep. nervosa H 2.
*Colvá*—lep. mixta H 1, tuberculosa H 1, lep. nervosa H 2, M 1 (adolescente).
*Raia*—lep. mixta H 7, M 1.
*Benaulim*—lep. mixta H 1, lepra nervosa H 1, M 1.
*Navelim*—lep. mixta H 2, lep. nervosa H 1, M 1.
*Verná*—lep. mixta H 2, M 1, lep. nervosa H 2, M 1.
*Chandor*—lep. nervosa H 1.
*Chinchinim*—lep. mixta H 1.
*Curtorim*—lep. mixta H 3, M 1, lep. nervosa M 2.
*Lotulim*—lep. nervosa M 1.
*Cuncolim*—lep. nervosa M 1.
Ás cifras de Salcete deverá pois juntar-se um total de 45 leprosos dos quais 12 M e 33 H.

*Do Concelho de Bardês* estão em Vingurlá:

*Mapuça*—lep. nervosa H 1.
*Candolim*—lep. mixta M 1, lep. nerv. M 1.
*Socorro*—lep. nervosa M 1.
*Siolim*—lep. nervosa M 1.
Ás cifras de Bardês deverá pois juntar-se um total de 5 casos dos quais 4 M e 1 H.

*Do concelho das Ilhas* estão em Vingurlá:

*Bambolim*—lep. H 2.
*Piedade*—lep. mixta M 1.
Ás cifras das Ilhas deverão pois juntar-se 3 casos mais, 2 H e 1 M.

### Concelho de Pondá

*Cassabé*—lep. nervosa H 1.
*Sirodá* - lep. mixta H 1.
*Candiapar*—lep. mixta H 1.

*Total do concelho de Ponda 3 H.*

### Concelho de Quepém

*Ambaulim* – lep. nervosa H 1.

*Total do concelho de Quepém—1 H.*

### Concelho de Pernèm

*Morgim*—lep. nervosa M 1.

*Total do concelho de Perném—1 M.*

### Concelho de Praganá

*Sili*—lep. tub. H 1, lep. nervosa M 1.
*Racoli*—lep. mixta H 1.
*Golondá*—lep. mixta H 1, lep. nervosa M 1.
*Bontá*—lep. mixta H 2.
*Guratpará*—lep. nervosa H 1.
*Rudonã*—lep. mixta H 2.
*Bildari*—lep. tub. H 2, lep. mixta H 1.
*Gorbari*—lep. mixta H 1.
*Saili*—lep. mixta H 1.

*Total do concelho de Praganá* :

Lep. tub. H 3=3.
Lep. nerv. H 3, M 2=5.
Lep. mixta H 9=9.
Ou sejam 17 casos, dos quais 15 H e 2 M.

**N. B.**—O delegado de saúde manda juntar a êste número mais 3 casos, perfazendo um total de 20 leprosos.

### Concelho de Damão

Tofal de 3 casos de lepra.

### Concelho de Diu

Não há casos de lepra.

## *Lepra frusta*

Casos encontrados no entourage dos leprosos típicos, seja residentes em Goa, seja nas famílias dos internados em Vingurlá, muitas das quais não puderam ser examinadas por se acharem ausentes no momento da inspecção).

### Concelho de Salsete

*Margão*—Tipo I—Com lesões mínimas e excreções bacilares M 1, H 1.
» —Tipo II—Só com excreções bacilares (rinite) O.
» —Tipo III—Só com lesões mínimas clínicamente diagnosticaveis M 2, C (crianças) 3.
*Nuvém* —Tipo I—H 1.
» —Tipo II—H 2, M 2.
» —Tipo III=O.
*Raia*—Tipo I—M 1.
» —Tibo II—C 1.
*Rochal*—Tipo II—M 1.
*Benaulim*—Tipo II—M 1. Tipo III—H 2 (Suspeitos).
*Batalbatim*—Tipo I—M 1.
*Utordá* —Tipo I—H 1. Tipo II—M 1, C 1.
*Seraulim*—Tipo III—H 1 (adolescente suspeito).
*Curtorim*—Tipo III—M 1 (suspeito).
*Chandor* —Tipo III—H 2 (suspeitos)

Total das lepras frustas em Salcete :

Tipo 1 (lesões minimas e excreções bacilares) H 3, M 3=6.

Tipo II (só excreções bacilares na rinite) H 2, M 5, C 2=9.

Tipo III (só com lesões minimas) H 4, M 3, C 4=11.

### Concelho de Bardês

*Calangute*—Tipo II—M 1, H 1 (adolescente)
*Orda*—Tipo III—H 1.
*Verém* —Tipo 1—H 1, Tipo II—H 1, M 4, C 1.

Total das lepras frustas no concelho de Bardês:

Tipo 1 (lesões mínimas e excreções bacilares) H 1=1.

Tipo II (só excreções bacilares na rinite) H 1, M 5, C 2=8.

Tipo III (só lesões mínimas) H 1=1.

**Concelho das Ilhas**

*Santa Bárbara* —Tipo I M 1; Tipo II—H 6, M 1, C 1; Tipo III—H 1, M 1.

*Pangim*—Tipo III—M 1.

*Total*: Tipo 1 (lesões mínimas e excreções bacilares) M 1=1.

» Tipo II (só excreções bacilares) H 6, M 1, C 1=8.

» Tipo III (só lesões bacilares) H 1, M 2=3.

## *Lepra latente ganglionar*

Entre algumas pessoas examinadas com muita dificuldade só se encontraram casos de lepra ganglionar 1 em Santa Bárbara, e 1 em Salcete.

* * *

A *Dr.ª Escolastica Gracias, relatora*, disse: A lepra é conhecida na nossa India desde longo tempo. Se o meu coração de mulher impressionado pelo quadro de dôr que oferecem alguns leprosos que conheci em Salcete não podia ser indiferente á sua sorte, a minha consciência medica não podia alhear-se duma doença que espalhando insidiosamente o contágio a sua volta, vai recrutando novas vitimas que contribuem para endemisar a lepra no nosso país. Tendo verificado que nada de efectivo e prático se achava entre nós organizado para se combater a lepra e que qualquer trabalho profiláxico, deveria ter por base a estatística dos leprosos, lançamo-nos neste estudo e é, o resultado destas investigações que temos a honra de relatar perante os ilustres membros desta Conferência.

Das impressões colhidas no curso das nossas investigações fica-nos a convicção de que a lepra se vai espalhando a passos rápidos no nosso território. Todavia a falta de uma estatistica rigorosa não podemos provar esta afirmação. O número total dos leprosos de Goa foi calculado pelo sr. Dr. Germano Correia em 100, socorrendo-se das informações prestadas pelos delegados de Saúde. Seja-nos permitido dizer que duvidamos muito que esta estatistica represente a expressão da verdade, não porque faltasse vontade e esforço por parte das autoridades que forneceram estes esclarecimentos, mas porque são inumeras as dificuldades que se encontram quer de ordem clínica quer de ordem social para se diagnosticar êsse mal, sobretudo no inicio.

Todos quantos nos entregamos ao estudo desta parte do problema da lepra no nosso território somos unánimes em reconhecer que os nossos nûmeros, de que um resumo foi distribuido pelos Senhores Congressistas, ficam ainda aquem da realidade.

O curto tirocinio da minha vida profissional não permite que me refira aos factores de ordem social que opõe obstáculos á organisação de uma estatistica rígorosa dos leprosos existentes no nosso país. Neste relatório limitar-me-hei sómente ás dificuldades de ordem clínica para o diagnóstico da lepra que é tanto mais importante quanto fôr mais precoce, visto que é sobretudo no inicio da doença que temos fundadas esperanças de provocar a cura ou o *blanchiment* das lesões e o regresso dos doentes ao convivio da familia e da sociedade.

Não falaremos dos erros provenientes dos olhos não educados confundirem com a lepra dermatoses diversas. Já vimos estados ele fantiasicos e casos de vitiligo serem etiquetados de lepra. O perigo porém que de tais êrros proviesse poderia ser conjurado por um ensino mais especialisado desta doença na nossa escola e pela correcção da diagnose que a todo o tempo pode contrabalançar os perigos que ao indivíduo tenham advindo dêsses erros.

Não sucede o mesmo com os casos de lepra com lesões minimas que, desconhecidas do público e consciente ou inconscientemente encobertos pelo doente vão semeando o contágio no entourage. Não será descabido lembrar nesta altura aos ilustres membros desta Conferência que ficou praticamente sem solução a pergunta feita por Hutson á Conferência Internacional de Strasbourg: Nos centros endémicos da lepra acontece frequentes vezes que no primeiro periodo da forma anestésica, quando a erupção irrompe numa área limitada, são negativos os exames bacteriológicos da biopsia, da serosidade e do muco nasal e negativos continuam por muito tempo. A experiência clinica diz-nos que estamos em frente dum caso de lepra. Poderemos em tais casos basear-nos nos sintomas clinicos e apesar das constatações bacteriológicas negativas, pôr o diagnós-tico da lepra?

Na realidade não haverá leprólogo que não tenha na sua clínica casos em que não tenha podido encontrar bacilos e numa recente estatística de Muir acham-se registados casos de lepra com bacilos e sem bacilos.

A resposta dada pois por Lie de que com paciência e perseverança se acaba por descobrir sempre o bacilo numa mácula recente, tendo o cuidado de o procurar não no centro pálido mas nos bordos eritematosos enferma, além das dificuldades de ordem técnica, do grande número de exames a que nem todos os doentes se sujeitam. Conhecemos uma senhora em que há 6 anos foi diagnosticada a lepra e que tinha por único sintoma uma hipercromia do tipo rosaceo com telangiec-

tasias no rosto e anhidrose na zona doente, Os exames bacterioscopicos foram negativos na rinite iodica e não se pôde fazer a biopsia dos fragmentos dermicos do rosto. O diagnóstico ficou porém plenamente confirmado em 1924 em que as lesões se manifestaram francamente com largas máculas do tipo anestésico e uma neuro-lepride ulcerada.

O estudo de numerosos casos tem-nos demonstrado que ao lado de doentes cujo diagnóstico se pode fazer á distância, existem outros que nos passariam despercebidos sem um exame médico atento. E não só a solução do problema da profilaxia depende de um diagnóstico precoce e seguro da doença, mas ainda a eficacia do tratamento que está especialmente subordinado á precocidade do seu emprêgo.

Se vamos a consultar os diversos autores sôbre as formas clinicas e anatomo-patologicas da lepra, vemos as mais variadas classificações. Ao lado dos tipos clássicos de lepra tuberculosa, tuberosa ou nodular, anestesica ou nervosa e mixta, encontram-se os epitetos de mutilante, atrofica, lazarina, bolhosa, maculosa, maculo-anestésica, eritematosa, etc. Ora é a seqüência clinica, ora a lesão anatomo-patológica que servem de base a essas classificações.Seria para desejar que uma base mais racional agrupasse os diversos tipos de lepra. Muitos patologistas não hesitam em declarar que a velha divisão clínica não abrange todas as modalidades anatomo-patológicas da lepra. Encontram-se na pele de certos leprosos placas multiplas que não são lepromas nem leprides eritemato-pigmentadas do tipo comum. Parecem antes lesões lúpicas e a sua estructura histológica é tuberculoide ; não contem bacilos ou se os contem, são tão raros que num caso de Klingmuller se encontravam seis bacilos em uma infinidade de cortes, e num caso de Darier um bacilo apenas. Estas lesões, descritas por Jadassohn, Pautrier e Boez e sôbre as quais se encontra uma magistral tese, de Darier, foram intituladas *tuberculoide de lepra*, o termo tuberculoide não indicando mais que uma aparência puramente morfológica e sem ideia causal associada. Parece que representam uma reacção atenuada dos tecidos dependendo provavelmente dum estado alergico do organismo. Uma questão não menos importante é a que se prende com o diagnóstico de discromias leprosas do tipo das leucomelanodermias que,facilmente confundiveis no nosso país com tantas outras discromias parasitarias ou vitiliginosas atipicas e sobretudo com sifilides pigmentares, só poderiam ser diagnosticadas pelas perturbações da sensibilidade tactil e dolorosa, que se acham atenuadas, ficando-o também, mas mais raras vezes, a termica. E, já que me referi a perturbações de pigmentação e de sensibilidade, deixai-me notar que existem aqui substâncias cáusticas de naturesa vegetal que deixam nas zonas em que forem aplicadas maculas de esclerodermia e leucomelanodermia muito semelhantes aos reliquat dos lepromas

desaparecidos e nos quais se podem observar alterações de sensibilidade devidas a perturbações tróficas que podem determinar graves erros diagnósticos. Muir apontando a insuficiência da nomenclatura usual da lepra sugere para base da classificação o processo anatomo-patológico segundo se encontra na fase de *quiescencia, inflamação e regressão.* Na realidade as diferenças entre a *soidisant* fase da quiescencia do autor, em que o único sinal externo seria um certo grau de inchaço e a fase inflamatória propriamente dita, são mais aparentes que reais e dizem respeito apenas a graus variados de intensidade. Se acresentarmos o facto de todas as formas poderem coexistir no mesmo doente em estados variados de evolução somos forçados a reconhecer que a base da classificação de *Muir* não satistaz o fim em vista. O autor considera em seguida a localisação da doença que praticamente se limita ás lesões de corion das mucosas, pituitaria, bucal e faringea e dos nervos se bem que o bacilo possa atacar sobretudo nos estados avançados os órgãos internos e classifica as lesões dermicas segundo a forma clínica em *nodulares* e *difusas* e segundo a camada atingida em *papilares*, *foliculares* e *sub-foliculares* e as lesões nervosas em *ascendentes* e *metastaticas.* Devemos confessar que o eschema de Muir introduzindo escusadas modificações em nada esclarece o diagnóstico, não tem termos que em dermatologia mais que nas outras doenças precisam de ser assaz sugestivos para representarem só por si a clínica e a anatomo-patologia e não destrona de forma alguma a velha, se bem que incompleta, clasrificação da lepra.

Crêmos ter exposto perante os ilustres membros desta conferência as dificuldades de ordem clínica para a classificação dos casos de lepra e em alguns casos iniciais para a sua diagnose exacta. Nos nossos estudos resolveu-se desde logo que o agrupamento clínico fôsse independente do agrupamento que tivessemos de fazer por motivos de ordem profiláxica e que os doentes fossem divididos em casos de *lepra tipica*, casos de *lepra frusta* e casos de *lepra latente.*

No grupo de *lepra tipica* foram incluidas as velhas formas clínicas tuberculosas, anestesica, mixta, maculosa, lazarina, etc. Ao lado dêstes casos cujo diagnóstico se pode fazer á distância, existem outras que nos passariam desapercebidos sem um exame médico atento. Foram agrupados sob a denominação de formas *frustas* de lepra, termo que já se encontra nas lições de Jeanselme que as caracterisa pela seguinte forma: gravidade fraca, pelo menos por algum tempo, e diagnóstico delicado. Como manifestação, por vezes única, encontram-se sintomas apenas esboçados de ordem nervosa ou dermica: ora, uma retracção de auricula, ora uma alteração da sensibilidade, lesões mínimas que propositadamente ou inconscientemente encobertas precisam da parte do clínico um

exame detido para se chegar ao diagnóstico de certeza quando acompanhado de constações bacteriológicas positivas, de probabilidade em grau mais ou menos elevado conforme os sinais clínicos e a destrinça com os sintomas provenientes das outras entidades nosológicas bem definidas. Marchoux denomina *lepra latente ganglionar* a infecção em que só os ganglios se acham invadidos pelos bacilos que podem ainda atravessar a barreira ganglionar e espalhar-se no tecido conjunctivo sem que nada revele ao exame clínico nem a localização ganglionar nem os estigmas habituais da infecção. Factos dêstes encontram-se na lepra murina produzida pelo bacilo de Stefansky e Marchoux a quem se deve um tão grande número de pesquisas na lepra murina acaba por designar sob o nome de *lepra latente* todos os casos de infecção discreta e inaparente, quer fique acantonada nos ganglios, quer tenha ganho o tecido conjuctivo, a pele e as mucosas. Não estamos de acordo com a interpretação clínica que o ilustre investigador do Instituto Pasteur dá á chamada lepra latente por conglobar formas que ficam pertencendo à lepra frusta. Em Patologia os termos têem a sua significação precisa. Se a infecção discreta da pele e mucosas quadra melhor na lepra frusta, o significado da infecção inaparente tem sido precisado pelos magistrais trabalhos de Charles Nicolle no tifo exantemático nos animais de laboratório. São septicemias provocadas pelo virus sem que o mínimo sinal altere o estado do animal infectado e que guarda toda a sua virulência para um sujeito mais sensivel numa passagem ulterior. É um capitulo novo de patologia que explicará talvez muitos dos casos de doenças epidémicas de origem aparentemente espontânea, em que as mais cuidadosas pesquisas falham em encontrar os laços de interdependência na sucessão dos periodos incubatórios. É uma nova classe de porta germens em que o micróbio guardando toda a sua virulência na sua forma activa, tem por habitat o sangue do animal infectado que todavia se conserva absolutamente normal.

Foi por todos êstes motivos que reservamos o nome de *lepra latente* aos casos que, sãos sob todos os pontos de vista e sem lesões clinicamente apreciável, apresentam todavia o bacilo da lepra acantonado no parenquina ganglionar, podendo evidentemente provocar estados inflamatórios periganglionares. Tem sido distribuido segundo a orientação exposta o resumo dos casos com que temos a honra de ter contribuido para se organizar a estatistica dos leprosos no nosso país. Tenho dito.

*O Dr. Siqueira Nazaré*—relator, disse:

A estatistica dos nossos leprosos está bem longe de exprimir, como facilmente se compreende, o seu número exacto.

Atentas as dificuldades de vária ordem que se opõe a investigações desta natureza, ora passando despercebidos muitos casos por poucos caracteristicos e nada notórios, descobriveis apenas por um exame clínico detido e cuidadoso e êste mesmo feito por especialistas neste assunto, já sendo ocultados ou não revelados outros pelo medo á segregação ou por se julgar infamante o mal, está claro, que muitos leprosos atipicos e mesmo típicos e especialmente os das formas frustas e latentes, devem necessariamente ter escapado ás nossas observações.

Custa a crêr, por exemplo, que nas Novas Conquistas o número de leprosos seja tão reduzido como figura na nossa estatistica—um em Quepém, três em Pondá e um em Pernêm—não se registando nenhum em outros concelhos dessa parte do nosso país. Certo, numerosos casos devem ser sonegados ou devem passar desconhecidos, confundindo-se, muitas veses, mesmo os casos tipicos de lepra, com quaisquer dermatoses banais ou lesões ordinárias da pele mercê, sobretudo, da boçalidade e ignorância das populações daquelas e outras localidades, boçalidades e ignorância aliadas a preconceitos e prejuisos erróneos que constituiram um dos mais sérios obstáculos para êste estudo. Sabem todos que a lepra desde a remota antiguidade foi considerada como um castigo divino e anatemas fulminavam os leprosos que eram objecto de terror e asco e em cuja virtude eram submetidos a leis crueis e deshumanas ou a prática vexantes e afrontosas.

É bem conhecida a lei de Moisés que os proscrevia da sociedade.

Parece que ainda de todo se não desvaneceu do espirito popular a lembrança tradicional das medidas drásticas que, para acabar com a raça dos infelizes leprosos ou para os apontar à execração pública, a idade média, coerente com as ideias da sua época, sugeriu e pôs em execução duma forma que hoje afrontaria a nossa cultura e indignaria a nossa moderna consciência de civilisados. A isto acresce que a opinião pública olha a lepra com tal ou qual desfavor, envolvendo até certo ponto em iguais prejuisos, também as famílias dos leprosos. É como se explica o grande empenho dêstes em se ocultarem e o das suas famílias em os não denunciarem.

Como provas frizantes do que acabo de dizer citarei apenas, dentre muitos factos similares que ocorreram, o do sonego dum caso típico de lepra em Utordá revelado só meses depois da minha inspecção, quando se conveceram de que não se queria mal ao doente; o dum leproso de Manorá da Raia que se descobriu a muito custar, fazendo-se-lhe uma visita de surpresa, e o de as pessoas do seu entourage, apezar de pedidos persuasivos, que se lhes fizeram, não se terem apresentado voluntariamente ao exame, sendo necessário que uma intimação administrativa as chamasse á obediência e as obrigasse a se sujeitarem a êsse exame que nos revelou al-

guns casos de formas frustas de lepra naquela infeliz família, e, finalmente o da debandada e resistência tenaz que ofereceram á inspecção sanitária os leprosos de Santa Bárbara e as suas respectivas famílias a ponto de terem de ser arrastados para Pangim por intervenção da autoridade administrativa a fim de que se realisasse essa inspecção que foi deveras fructuosa descobrindo-se 10 casos de lepra típica, 11 casos de lepra frusta e um de lepra latente, os quais doutro modo ficariam ignorados.

Doutro lado, não é fácil que quem quer que tenha conhecimento da existência dum leproso o denuncie ao público e quanto mais ás inspecções sanitárias, com receio de que o denunciado e a sua família exerçam vingança em quem a isto se atreva e o cubram de impropérios. Sei de casos em que os leprosos, que antes da inspecção viviam relativamente isolados e recolhidos em suas casas, depois dela puzeram-se a andar livremente no bairro, insultando ou maldizendo e indo poisar às portas ou dormir das noites, propositadamente, nos alpendres e varandas de quem os denunciasse ou julgasse tê-los denunciado, com a maldosa intenção de transmitir o contágio a êste e outros e fazê-los seus companheiros na desgreça. Várias pessoas vieram queixar-se-me dêstes factos, de alarmados e sossobrados. De quanto não è capaz o egoismo e o amor próprio e os sentimentos de revolta contra a Sociedade que os isola e contra o destino que lhes mutilou a vida!

Aconteceu também que nas ocasiões das inspecções nem todos os leprosos e as pessoas do seu entourage se encontrassem em casa por estarem ausentes em diferentes partes dentro do país ou fóra dêle, tendo sido porisso impossivel examinar todos, o que é uma circunstância muito importante para a qual peço a atenção dos ilustres conferentes, porque muitos leprosos tinham numerosos membros da sua familia ausentes e, uma vez, meus senhores, tendo eu encontrado accídentalmente, em Arlém, uma pessoa da familia dum leproso da ilha de Rachol, a qual na ocasião da inspecção, feita muito tempo antes, se achava ausente, o exame dela mostrou que estava atacada de lepra frusta com excreções bacilíferas no muco nasal.

Para que os ilustres membros desta conferência façam ideia da percentagem dos membros do entourage familiar—insistimos nisto porque entendemos que a inspecção para ser completa precisa de se estender a todos os contactos pertençam ou não á familia do atacado – para que os ilustres membros desta conferência façam ideia da percentagem do entourage familiar que nos escapou ao exame, basta dizer que para 150 pessoas examinadas faltaram 85, o que representa cêrca de 60%. E esta cifra será maior fazendo incidir a inspecção na totalidade ou pelo menos, como é mister, na maior parte dos que tiveram contacto com os infectados.

A estas causas de ordem clínfca e social, que dificultaram

o nosso estudo estatistico, vieram juntar-se outras de ordem administrativa, como as de se não terem podido obter prontas informações que se solicitavam e de não haver facilidades na obtenção de transportes para que a inspecção aos leprosos fôsse feita no momento oportuno de os encontrar todos em seu entourage em casa ; sendo, não poucas vezes, os que tentaram fazer êste estudo, obrigados a gastar dos seus próprios recursos nestes transportes e colher os dados necessários com enormes fádigas e sacrifícios pessoais.

Eis, meus senhores, suncitamente expostos os diversos motivos porque a nossa estatistica deve estar muito aquem da verdade, especialmente quanto aos leprosos de Novas Conquistas e Praças do Norte de Praganã, onde, segundo dizem os respectivos delegados de saúde as distâncias e terrenos fortemente acidentados, a falta de transportes próprios, os caminhos escabrosos, ingremes e intransitáveis e, em certas partes, a sua completa ausência, etc. constituiram insuperaveis obices para se progredir neste importante trabalho, tendo em Praganã escapado à observação três leprosos tipicos por ausentes do local no dia em que o respectivo delegado de saúde fôra proceder ás pesquisas, podendo, quando, muito, admitir-se que a nossa estatistica esteja mais próxima da exactidão sómente nas Velhas Conquistas.

Vejamos agora rapidamente quais os resultados que deram as nossas investigaçôes estatisticas e as conclusões a que chegamos :

De 104 leprosos tipicos, naturais e residentes no Estado da India Portuguesa,—digo tipicos e residentes no Estado da India, porque neste número não se incluem os de formas frustas e latentes e os que estão no Asilo de Vingurlá e aos quais todos se referirá detalhadamente completando esta estatística, o relator que me seguir Sr. Alfredo—Araújo, de 104 leprosos típicos, naturais e residentes no Estado da India, como ia dizendo, e dos quais 81 são do districto de Goa, 17 de Praganã e 6 de Damão, 77 são homens e 27 mulheres, o que representa uma percentagem de 75% de primeiros e 25% de segundas ; sendo 7% da idade de 10 a 15 anos, 13% de 15 a 20 anos ; 23% de 20 a 35 anos ; 41% de 35 a 50 anos ; 12% de 50 a 70 anos ; e 1% cujas idades não se poderam saber. Somando portanto as percentagens dos da idade de 10 até 35 anos, conclue-se que a maior percentagem dos ficam compreendidos entre estas idades, isto é infância e virilidade.

A incidência muito maior em homens do que em mulheres tenha, talvez, a sua explicação no género da vida e na qualidade de misteres a que se entregam e que expõem mais ao contágio uns do que outros.

Estudamos também as condições higiénico-sociais dos nossos leprosos e vemos que apenas um dêles era rico, o que representa a reduzidissima percentagem de 96%; 20 ou 19%

são remediados, vivendo em relativo desafogo, mas em promiscuidade com a familia ou pessoas sãs e sem nenhuma noção de profilaxia ; e 79, isto é, a enorme percentagem de 75% são pobres e de baixa escala social, vivendo em pessimas condições higiénicas nuns casébres e barracas imundos, acanhados e sem conforto nenhum, muitos em lamentável promiscuidade com a familia que, ás vezes, é numerosa, outros morando— como os da ilha de Rachol, os de Santa Barbara, os de Verém, e alguns de Praganã, etc— no seio de bairros densos e populosos ou vagueando por toda a parte; quer ainda pedindo esmola ou, quando válidos, indo ao trabalho e pondo-se por êstes diversos modos em contacto directo e imediato com pessoas e populações sãs e constituindo para estas e para a sociedade em geral, como é claro, um perigo grave e iminente de contágio.

Citaremos, por exemplo, sob êste ponto de vista a leprosa de Morgim que exercia a profissão de parteira ; uma leprosa do Concelho de Bardês, sem domicilio certo que é vendedora ambulante em mais dum concelho de Goa : um leproso de Verém que se mete na escola primária da localidade ; um outro da Santa Bárbara que vende capim na cidade aos particulares ; outros da mesma parte que vendem hortalíças ; boiás de Margão e Arlém que transportam machilas ; outros de Benaulim, Sernabatim, Colvá etc., que vendem e negoceiam em peixe nos mercados de Margão e de várias outras aldeias, etc, E' desnecessário multiplicar semelhantes exemplos que de resto sendo muitos, iriam fatigar a atenção dos ilustres conferentes que me fazem a honra de escutar.

Além disto, temos que considerar que há focos de lepra que, por residirem no meio de populações que por sua profissão se põem em contacto com toda a gente, até a de elevada escala social, só per si constituem um gravissimo perigo social; tais são : o foco de Santa Bárbara que reside no meio de lavandeiros : os de Verém, Benaulim, Sernabatim e Colvá que ficam entre os pescadores e peixeiros, etc. Há mesmo extensas emigrações e imigrações periódicas do entourage dos leprosos para as diversas partes do nosso território, como acontece com os dos de Arlém de Salcete, que vem e vão constantemente para Bardês.

Estes factos, meus senhores, provam exuberante e incontestavelmente que a lepra e os leprosos do nosso país representam para nós uma iminente e gravíssima ameaça contra a qual temos de nos acautelar.

Foram também estudadas, quanto aos nossos leprosos, a proveniência do seu contágio, as lesões porque começou a doença em cada um dêles, o periodo aproximado da sua incubação, o tempo provável da sua duração e as suas formas, tendo-se concluido que 59 dos leprosos, isto é, 56% eram de origem autoctone, sendo 38% de contágio familiar e 18% local ; 9, isto é 8% de origem estrangeira e 36, isto é 34% cuja ori-

gem não se pode apurar, mas que devem ser considerados como tendo adquerido o contágio dentro do país, porque não consta que dêle tivessem saido.

Ora, êste facto demonstra evidentemente que a lepra no nosso país tem-se propagado mais por contágio familiar e local, constituindo terríveis focos familiares e locais que, por seu turno, têem dado lugar, *de proche en proche* e sucessivamente, a novos casos e novos focos à distância. O foco do bairro Comba de Margão, o foco de Arlém de Raia, o de Santa Bárbara, são sob êste ponto de vista, bastante elucidativos.

Há mais de 30 a 40 anos, segundo se poude apurar, existiram no bairro Comba casos de lepra em umas famílias abastadas de indus. Estes casos contaminaram duas mulheres, mãe e filha, duma família de jornaleiros, as quais iam trabalhar nas casas dos mesmos, e um homem que fazia oficio de solicitador, todos do dito bairro. A casa das primeiras era frequentada por um rapaz que contraiu a lepra e dela faleceu contaminando, por seu turno, uma irmã que faz objecto da nossa observação 7.ª. Parece também que foi na mesma casa que ficou contagiado um outro visinho que, por sua vez, deu origem a uma lepra frusta ( obs. 6.ª ) na sua própria familia e a um caso de lepra na vizinhança ( obs. 3.ª ) que por seu turno contaminou um outro doente ( obs. 5.ª ) que costumava passar com êle os momentos do seu lazer de estudante. O outro, o que era solicitador, hoje falecido, foi também por seu lado a origem dum caso de lepra em Seraulim, hoje internado no asilo de Bardês, o qual constitue objecto da nossa observação 3.ª Fiquei também sabendo, embora vagamente, que o foco de Arlém de Raia é que tinha sido a origem do foco de Bordá de Margão por intermédio de casamentos realisados entre os curumbins duma e doutra parte. Parece também e é muito provável que tenha sido um lavandeiro da Santa Bárbara, atacado duma lepra frusta, que deu origem a um caso de lepra em inicio que observamos em Pangim e que será descrito no capitulo de lepra frusta.

Infelizmente, porém, nem sempre se consegue traçar a história epidemiológica de semelhantes focos e determinar a ligação dum caso com outro, o que é devido, sobretudo, a casos de lepra frusta, intermediários, que passam despercebidos; ao longo periodo de imcubação e demorado desenvolvimento da doença; e, finalmente, á ocultação desta por parte dos atacados.

Quanto ás lesões iniciais porque começou a doença em nossos leprosos, temos que em 35 doentes, isto é, em 34% principiou por maculas ou manchas; em 12 ou em 11% por sintomas nervosos; em 8 doentes ou 7% por erupções diversas; em 7 doentes ou 6 % por bolhas; em 5 doentes ou 4% por coriza; em 2 doentes ou 1% por epistaxis; em 3 doentes ou 2% por ulcerações; em um doente ou 0,96 por tuberculos;

em um doente ou 0,96% por febre. Em 30 doentes ou em 28% não se poude apurar quais tivessem sido as suas lesões primordiais.

Vê-se portanto, que a maior percentagem é daqueles cujas lesões iniciais foram da pele, o que se explica talvez pelo h.b'to que o povo daquelas condições tem de trazer o corpo nú, servindo assim os tegumentos expostos de porta de entrada á infecção.

A proporção daqueles cujas lesões iniciais começaram pela corisa é bem pequena, vindo provar, mais uma vez, que nos países quentes a infecção por essa via é muito reduzida ou não é tão frequente.

Quanto ao periodo de incubação de sua doença só se poude estabelecer em referência a 16 doentes, isto é, em 15% variando essa incubação entre três meses a 20 anos, isto mesmo com tal ou qual aproximação ; emquanto que em 88 doentes, ou 87% nada se poude apurar. De modo que a êste respeito não se pode tirar qualquer conclusão definida.

Não será fóra de propósito lembrar que a nossa estatistica fornece curiosos elementos sôbre a idade provável do começo da infecção nos nossos leprosos. Em 73 doentes poude apurar-se aproximadamente o começo da infecção e, fazendo-se os cálculos necessários, vimos que entre 1 a 5 anos não se dera nenhuma infecção ; entre 5 a 10 anos registamos 4 casos, entre 10 a 15, 19 ; entre 15 a 20, 5; entre 20 a 30 15; entre 30 a 15, 14; entre os de para cima de 45, 6 ; Vê-se daqui 60% os casos ocorreram entre 5 a 30 anos dos quais 44% entre 10 a 15 anos e 32% entre 20 a 30 anos.

Se agora subtrairmos dessas idades 5 anos dados pelos autores para a média de incubação, vemos que 44% de casos foram infectados aos 10 anos de idade ( contágio familiar em plena infância ) e 32% aos 25 anos ( contactos prováveis em plena virilidade.

Quanto ao tempo provável de duração, 16% tem 5 a 7 anos ; 13% 3 a 5 anos; 12% 1 a 3 anos ; 7% 9 a 12 anos ; 4% 15 a 20 anos ; 3% 12 a 15 anos; 3% 9 a 9 anos ; 1% 20 a 25 anos ; 1% 25 a 40 anos; e 0,96% 0 a 1 ano. De 32% não se poude apurar o periodo da duração. Contudo é patente que êsse periodo é muito variá-vel e nos nossos casos, em que se poude conhecê-lo, variou entre 0 a 40 anos.

Quanto a forma, 56% são de forma mixta ; 20% de forma nervosa ; 13% tuberculosas ; 4% maculosa ; 2% maculo tuberculosa ; 0,96% de forma maculo-eritematosa e 0,96% de forma lazarina ; Donde se vê que uma grande percentagem dos nossos leprosos são portadores de lesões eminentemente contagiosas e que medidas de profilaxia rapidas e eficazes urgem ser tomadas.

Quais são essas medidas profilaxicas e qual a maneira eficaz de as executar praticamente no nosso país, di-lo-hão os

relatores da 3.ª sessão.

Não podemos infelizmente dar a estatistica das lesões clinicas por zonas e órgãos, como desejavamos fazê-lo por uma parte do nosso material estar ainda no prelo. Tenho dito.

*O Dr. Froilano de Mello* disse ; Os relatórios organisados pelo Instituto tiveram por fim mostrar as deficiências da nossa estatistica. No 1.º relatório apontaram-se quais as dificuldades de ordem clínica para a diagnose da lepra, sobretudo nas formas frustas, nas formas tuberculoides e nas discromias leprosas —No 2.º relatório apontaram-se, além de outros elementos ai desenvolvidos, as dificuldades de ordem social para que a nossa estatistica fôsse completa.

Como qualquer trabalho de profilaxia tem de estar subordinado até certo ponto ao número dos leprosos de um país desejaria que os srs. conferentes que teem já elementos estatisticos e o resumo que lhes foi distribuido, nos dissessem se teem conhecimento de mais casos a acrescentar á nossa estatistica.

*Dr. Arminio Ribeiro* : 1 h. indu.

*Joaquim Cabral* : 2 casos mais em Pangim e em Mapuçá respectivamente.

*Dr. Domingos Roque de Sousa* : 2 casos H. 1 em Chorão e 1 em Dongrim de Majordá.

*Dr. Florêncio Ribeiro* : Um caso M. em Tivim.

*Dr. Siqueira Nazaré* : 1 caso H. em Mormugão, forma maculosa.

*Dr. Wiseman Pinto* : 2 casos em Carmonã.

*Alfredo Araújo* : 1 caso M. vagabunda sem domicilio certo andando pelo concelho das Ilhas e de Bardês forma máculo-eritematosa. E' vendedora ambulante e vivia em Aldonã.

Quanto a Damão devo fazer a correcção á nossa estatistica que aponta 3 casos. São na realidade 6 casos assim destribuidos : Forma nervosa H. 1 M. 1 ; tuberculosa M. 1 Adolescente 1-Mixta M. 1 Máculo tuberculosa adolescente 1. (1)

*Dr.ª Escolástica Gracias* : enviou para mesa a seguinte proposta:

*Sendo basilar para se estabelecerem as bases da profilaxia que difiniremos na sessão de amanhã, saber-se a estatistica pelo menos provável dos casos de lepra, ficando apurado que na India Portuguesa temos quási 200 leprosos averi-*

(1) Ao rever as provas temos conhecimento de mais casos de lepra, destribuidos pela seguinte forma : Pangim 2, H. cristão e M. hindú (Dr. Froilano de Mello), Mapuçá 1 H. (idem), Camorlim 1 H. hindú (Dr. Ramanata Naique), Santa Cruz 1 H. vindo de Bombaim (Dr. Atmarama Borcar), Utordá 3 (Dr. Siqueira Nazareth), Parra 1 (Dr. Graça e Costa).

*guados, numero que com certesa fica aquem da verdade, proponho que os Senhores Congressistas se pronunciem sôbre o numero das leprosos que computam, que no momento actual será aproximadamente verdadeiro.*

*Nuno da Cunha Gonsalves* : promete mandar á S. da Conferência o mapa completo dos leprosos das Ilhas.

*Dr. Domingos Roque de Sousa* – Propõe que como questão prévia seja discutida antes da proposta da Dr.ª Escolástica Gracias a seguinte proposta :

*Apurando-se que a incidencia da lepra é inequivocamente menor nas Novas Conquistas do que nas Velhas Conquistas, sucedendo por outro lado que mesmo nas Velhas Conquistas é minha impressão que a incidéncia da lepra entre os indus é menor do que nos cristãos, proponho que se ponham em discussão os seguintes 3 pontos :*

*1.º A lepra é mais frequente entre os cristãos ou entre os indus ?*

*2.º Quais serão as causas da diferença do grau incidencia da lepra entre os indus e os cristãos ?*

*3.º A fraca incidencia da lepra nas Novas Conquistas será função de um erro da estatística, ou se podera atribuir pelo menos em parte à fraca incidencia da lepra sôbre os indus, que constituem o grosso da sua população ?*

O sr. *Dr. Domingos Roque de Souza*—justificando a sua proposta disse :

Que acha bem cabida a proposta da Dr.ª Escolastica Gracias. E' sôbre o número provável de leprosos existentes actualmente que se devem basear o número e a capacídade das leprosarias a serem pedidas ao Govêrno. Ora no relatório do Dr. S. Nazaré está dito que nas Novas Conquistas se deve presumir um êrro estatistico que deu em resultado uma cifra mínima de leprosos nas mesmas. A sua população é em grande parte de indús e é bem numerosa. A regular pelos casos de lepra apurados nas Velhas Conquistas habitadas por uma grande parte de cristãos, é de presumir que êsse êrro nas N. Conquistas seja grande. E' diferente a sua maneira de pensar. Convence-se de que entre os indús a lepra é actualmente muito menos frequente do que entre os cristãos. Ora a confirmar-se a sua impressão tudo levará a supor que ésse êrro nas N. Conquistas será pequeno e não o que é de esperar, não se considerando esta circunstância. E' preciso que se defina isso bem para se responder com possivel aproximação a pergunta da Dr. Escolástica Gracias.

*Dr. António do Rego*—Comcordando que não pode haver conclusões praticas sem estatistica pugna pela necessidade de um inquérito feito por pessoas especialisadas. Alude ás dificuldades do diagnóstico da lepra sobretudo nas suas for-

mas frustas e faz referência a um caso citado na Conferência de Strasburgo em que um homem com lesões visiveis da lepra passeava por quási toda a Europa sem diagnóstico certo.

*Dr. António M. da Cunha*—Não vê rasões para a lepra incidir mais em indús. Será que a incidência menor seja um facto aparente devido à assistência médica menos desemvolvida ? Será que a alimentação dos cristãos predisponha mais para contrair a lepra ? Aponta o facto de na India Inglesa os indús serem infectados e cita a propósito algumas cifras da India visinha demonstrando que as estatisticas oficiais ficam sempre abaixo da realidade.

*Dr. A. Borcar* Diz que é médico de defesa sanitária no porto de Nova Goa ficando em contacto com os vapores de carreira durante 9 anos. O número dos leprosos encontrados é maior entre os cristãos que entre os hindús. Em Vingurlá a maior parte dos leprosos, quási na totalidade, são cristãos. Conhece bem o Concelho de Pondá que é composto quási esclusivamente de indús e quási que não acusa a existencia de leprosos.

*Sr. Bernandino T. da Costa* não supõe que o êrro da estatistica provenha da falta de assistência médica e parece-lhe um facto real que nas Velhas Conquistas onde a percentagem de população cristã é maior a incidência da lepra é imensamente superior á das Novas Conquistas.

*Dr. Teodoro de Sousa* aponta as razões porque se encontram maior número de leprosos, sejam entre os cristãos que são os passageiros dos vapores, seja em Vingurlá ; é porque é a classe cristã que fornece maior contingente á emigração.

*Dr. António M. da Cunha.* concorda com a ideia de que a emigração sendo representada pelo grosso de população cristã apresente naturalmente mais casos de lepra como de resto sucede também em quási todas as outras doenças infecto-contagiosas.

*Dr. Alfredo Araujo*—Nas Velhas Conquistas onde raros casos me escaparam e onde vivem cristãos e iudús a grande percentagem é entre os primeiros. No foco de Santa Bárbara tivemos ocasião de ver que a classe índú ai existente se segrega devido aos seus hábitos e escapa assim ao contágio.

*Dr. Pedro A. da Cunha*—A percentagem é maior entre os cristãos.

*Dr. Adolfo da Costa*—Acabou-se de provar que a estatistica estava falsa ; logo nenhuma conclusão se pode tirar. Venha pois um novo inquerito. Deve declarar que não compreende o motivo da pergunta do Dr. Sousa porque se deseja saber sôbre a incidência por classes. Acha que é uma pergunta inutil porque para a profilaxia pouco ímporta que os doentes sejam cristãos, indus ou moiros, europeus ou indianos. Basta apenas saber o número dos doentes e não a sua qualidade.

*Dr. Domingos R. de Sousa.* Tem a informar com gosto a Assembleia que o sr. dr. A. Costa labora num erro basilar. A estatistica não é *falsa.* Ela foi feita andando-se de porta em porta. Pode-se dizer que entre nós é a primeira estatistica que mereça fé. O número apurado é absolutamente verdadeiro e deve-se ao esforço louvável de um grupo de médicos colaborando com o director do Instituto Bacteriológico, regista-o com prazer. Já que é de esperar que além de casos apurados há que acrescentar outros que escaparam ao estudo, pergunta-se agora, qual é êsse número que se deve acrescentar para se fazer um computo de todos os casas de lepra na India Portuguesa ? Não pareça inútil essa pergunta. Não se discutam as causas. Faremos isto discutindo em primeiro lugar o facto que é importante. Não é uma questão de sectarismo religioso nem mesmo é inútil : Se nas N. Conquistas o número dos indús é grandissimo, ficando apurado como lhe parece que a incidência da lepra entre os mesmos é pequena, a conclusão legítima será de que o êrro a menos que houve na estatística é muito menor do que é de se presumir sem esta circunstância. E' pois uma questão importante para o computo de erro.

*Dr. Caetano Gracias*—Há 25 anos viu no Hosp. de Sauntvadi maior percentagem de lepra entre os cristãos. Tem observado o mesmo em Goa. O exemplo do concelho de Pondá é muito sujestivo pois apesar de estar perto de Salcete onde desde há 40 anos há focos de lepra, poucos casos dessa doença se registam.

Discute-se em seguida o n.º 2 da proposta do Dr. Sousa.

*Dr. Caetano Gracias*—Supõe que é devido aos hábitos alimentosos vegetarianos e ao regimen de banhos que é devida a menor incidência de lepra nos indús. Aproveita desta ocasião para dizer que lhe tem parecido que entre as formas de lepra a mais freqúente entre os indús é a lazarina.

*Dr. Pinto Cordeiro*—Entende que os primeiros focos de lepra estabelecidos no nosso território foram devidos á emigração. Ora a emigração dos cristãos começou há muito tempo e deu a lepra que se transmitiu depois por contágio. Os indús emigram há pouco tempo e é por isso que a incidência de lepra entre êles é menor. Não pode ser devido a hábitos alimentares porque assim não haveria lepra na India Inglesa.

*Dr. Domingos Roque de Sausa*—Concorda plenamente com as vistas do Dr. Cordeiro : A influência de alimentação na etiologia da lepra é bastante problemática. No caso há razões decisivas para se supôr não é a diferença do regime alimentar que influe. A diferença na nossa alimentação comparada com a do indú é a abstenção de carnes da parte dêstes. Ora o curumbim cristão de Salcete que é quem oferece um

formidável contigente á lepra vive a indú isto é, não come carne e tem o mesmo regime alimentar. Não invoquemos pois o regime alimentar. Em Salcete corre uma tradição de que os primeiros casos da lepra naquele concelho foram importados por uns curumbins que trabalhavam nos Gates. A emigração do cristão para a India Inglesa é velhissima emquanto a do indú está esboçar-se desde há pouco. Se os primeiros casos de lepra se deram entre os cristãos compreende-se que o convívio intimo dos cristãos sendo maior do que o dos mesmos com os indús, dados os preconceitos religiosos dêstes, compreende-se facil mente como seja um facto que a lepra seja mais rara entre os últimos.

Passou-se em seguida a discutir a proposta da Dra. Escolástica Gracias.

*Dr. Pinto Cordeiro*—Poderia ser feito o que lhe parece foi estabelecido na India Inglesa: Triplicar a cifra apurada pelo inquérito.

Foi em seguida dada a palavra ao sr. congressista Alfredo Araújo sôbre *Os nossos leprosos internados no estrangeiro. O sr. Alfredo Araujo*—relator, disse:

No momento em nos que lançamos no estudo da estatistica de lepra no nosso território, mereceu-nos particular atenção o capitulo referente aos *nossos leprosos internados no estrangeiro*. Por informações oficiais soubemos que se achavam actualmente internados nas leprosarias da India Inglesa 55 goeses doentes, dos quais um em Matunga, dois em Belgão e 52 em Vingurlá. Várias são as rasões que nos levaram a fazer êste estudo e para elas tenho a honra de chamar a atenção dos ilustres membros desta Conferência.

Em primeiro lugar nas leis sanitárias de mais de um país um leproso estrangeiro é objecto de medidas especiais. Assim na Gran-Bretanha cujos princípios naturalmente se reflectem na legislação em uso nas suas colónias, o leproso estrangeiro é considerado indesejavel pela British Alien Act and Order de 1910 e por consequencia não é permetido o seu desembarque. Na Colómbia Británica os chineses leprosos são repatriados. Na Australia os chineses e outros imigrantes de côr são isolados até que possam ser repatriados. Na Rússia Soviética o decreto 4.º do conselho dos Comissarios do Povo, publicado em Julho de 1923, estabelece no seu artigo 6.º.

«O comissariado dos negócios estrangeiros é encarregado, «em colaboração com os Comissariados de Saúde Pública, e «com os Comissariados do povo do interior de tomar medidas «de garantia contra a entrada no território da República dos «Soviets, bem como no das Repúblicas alidas de doentes atin«gidos de lepra provenientes dos estrangeiros e de concluir uma «convenção com êsses estados, para colaborar na luta contra a

«propagação da lepra.»

A lei Brasileira de Setembro de 1920 é ainda mais drástica pois que no seu artigo 423.º estabelece que "nenhum leproso estrangeiro poderá penetrar no território nacional" e acrescenta: "os que entrarem deverão ser repatriados". O Oficio Internacional de Higiene Pública reunido em París em 1914 resolveu que as medidas legislativas se devem resumir em declaração obrigatória, surveillance especial, isolamento e interdição do território aos leprosos estrangeiros.

A Conferência de Strasburgo, sem ir tão longe como a lei brasileira reconheceu todavia como artigo de Direito Internacional a proposição 1.ª aprovada por unanimidade, e redigida pela seguinte forma:

"As prescrições legislativas concernentes à luta contra a «lepra devem diferir segundo os países aos quais se aplicam, «mas em todos os casos—notai-o bem—é preciso proibir a «entrada dos leprosos estrangeiros".

Não é preciso que me alongue em largas considerações para demonstrar que a repatriação dêsses leprosos é uma consequência lógica da restrição acima enunciada.

No momento em que cumprindo o voto 6.º da Conferência de Strasburgo em que se pede á Liga das Nações para estabelecer uma estatística dos casos de lepra no mundo inteiro, nos lançamos neste estudo não nos podia passar despercebida a situação dos nossos leprosos que por falta de meios adequados no nosso território se foram acoutar á sombra da piedade dos estrangeiros.

Se estas razões de direito internacional me levaram a visitar a leprosaria de Vingurlá, depressa me convenci de que, por motivos de toda a ordem, os nossos leprosos internados no estrangeiro não podiam ser por nós abandonados e que a nossa terra devia á sua infelecidade uma assistência local e nacional que venho advogar perante esta Conferência.

Eu vi com os meus olhos o clarão de alegria que lhes iluminou o rosto quando souberam que a minha visita se prendia com medidas que o govêrno da sua terra tomaria para os acolher sob a sua protecção. São factores de ordem moral que não podemos despresar, no dever que nos impende de poupar mais martírios aos seus sofrimentos.

Juntem V.Exas. a isto o facto já sabido na "História da Lepra" de êstes portugueses serem subsidiados em terra estrangeira por uma instituição portuguesa; juntem o facto de o isolamento em Vingurlá não ser obrigatório e os doentes poderem recolher ás suas casas a seu pedido; juntem o facto de nos ser desconhecido o paradeiro de três dêsses doentes que voltaram a Goa e andam provavelmente a vagabundiar pelas aldeias, pois que se não encontram nos seus domicílios. Juntem finalmente o facto de termos encontrado no entourage

dos internados em Vingurlá casos de lepra frusta e verão senão acham justificadas as razões que nos levaram a empreender êste estudo.

A cativante gentilesa do Dr. Goheen a quem testemunho os meus mais sinceros agradecimentos, devo o ter-me proporcionado ocasião para fornecer à Conferência os elementos que tenho a honra de relatar.

A leprosaria de Vingurlá fica situada na encosta de um morro a uns 4 minutos da povoação mais próxima, da qual é separada por um extenso campo aberto.

Pavilhões separados segundo os sexos e o grau de doença é o principio basilar dêsse estabelecimento : Uma cerca de arame farpado limita uma área de cerca de 100 metros quadrados onde ficam três pavilhões para homens, um para mulheres e um cottage de taipa para hindús, com uma pequena casa ísolada, logo á entrada para arquivo e repartição, a sala de curativos e operações e duas casas situadas fóra da cerca para o médico assistente e para uma servente. O serviço interno é feito pelos próprios leprosos, exceptuando os grandes mutilados que teem o auxilio da servente ; as cosinhas são anexas aos pavilhões que tem divisões especiais para os grandes mutilados, para as lesões em inicio e para os casos intermediários. O pavilhão das mulheres não tem essas divisões, havendo apenas, contiguo, um quarto para um casal leproso. Quási todos os leprosos são de Gôa, havendo apenas 6 ou 7 leprosos da India Inglesa. Empregam-se em trabalho no interior do campo do isolamento, cultivando cereais, fazendo estradas e a base da sua alimentação é o arroz. São visitados duas vezes por semana pelo Dr. Goheen.

Sustentado o princípio de que os leprosos goeses internados no estrangeiro teem direito a uma assistência nacional e local, passarei a relatar sumariamente os dados estatisticos colhidos na leprosaria de Vingurlá, aonde se acolheram voluntariamente, 52 leprosos nossos por falta de estabelecimento similar na sua terra natal, limitando-me apenas a registar os internados em Belgaum e Matunga e que não entrarão para o computo final, por não se saber a forma clínica nem o grau da sua doença.

**Formas clínicas**

| | Salcete | | Bardès | | Ilhas | | Total | | Percentagem |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M. | F. | M. | F. | M. | F. | M. | F. | |
| Tuberculose | — | — | — | — | — | — | — | | — |
| Nervosa | 6 | 6 | 1 | 4 | — | — | 17 | | 32,6 |
| Mixta | 26 | 6 | — | — | 2 | 1 | 35 | | 67,3 |

**Origem de contágio**

| India Portuguesa | | | | | | Estrangeiro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Familiar | Não familiar | | | Provavelmente da India Portuguesa | | | |
| 15 | Percentagem 28,8% | 13 | 25% | 19 | Percentagem 36,5% | 5 | 9,6% |
| | Total da India Portuguesa 47 Percentagem 90,3% | | | | | | |

**Condições sociais**

| Pobres | | Remediados | | Ricos |
|---|---|---|---|---|
| Subsidiados pelo Hospicio | Percentagem | | Percentagem | |
| 48 | 84,67 | 8 | 15,2 | — |

Seguindo a orientação que presidiu ao nosso estudo de lepra frusta nos *entourages* dos doentes residentes em Goa, foram examinadas 14 familias dos doentes de Vingurlá e dum internado de Belgão, natural de Utordá, tendo-se encontrado apenas dois casos de lepra frusta, ambos sem excreções bacilares. Os casos positivos não foram computados no relatório anterior e referem-se a uma mulher adulta, madrasta do doente e uma criança de cerca de 3 anos, filho dessa mulher E' de notar que na localidade e entre as relações dessa familia existem dois casos de lepra típica.

Juntando as cifras aqui apontadas ás do relatório precedente, poderão os ilustres membros da Conferência, obter facilmente a estatistica final. Tenho dito

Foi em seguida posta à discussão a proposta do Dr. Siqueira Nazaré concebida nos seguintes termos :

*'Se os ilustres membros da Conferencia entendem que os nossos leprosos internados em asilos estrangeiros, onde estão em tratamento, devem ser considerados doentes nossos para os fins da assistencia internacional.*

*Dr. Pinto Cordeiro.* Entendo que os nossos leprosos internados no estrangeiro devem ser considerados doentes nossos para efeitos da assistência e tratamento dentro do país.

*Dr. Manuel Miranda.* Entendo que fatalmente os doentes de que se trata devem ser considerados doentes nossos porque actualmente vivem á custa de subsidios que lhes são dados pelo Hospício de Margão. Ora, há pouco tempo, pediu-se o aumento dêsse subsídio, que para ser concedido precisa da aprovação do Govêrno. Evidentemente pensando nós em estabelecer no país a profilaxia da lepra é de esperar que a proposta para o aumento não possa ser aprovada. E por falta de meios os nossos leprosos serão fatalmente repatriados. Confirma as informações dadas pelo relator sôbre a British Alliens Act e diz haver hoje na India Inglesa uma certa tolerância para os nossos leprosos por não termos no país estabelecimento apropriado. Informa ainda que o Asilo de Matunga pretendia repatriar os goeses leprosos ali internados se não fôsse o subsídio de 300 rupias que lhe dá o Hospício de Margão.

*Dr. Froilano de Mello.* As informações oficiais dadas pelo Asilo de Matunga dão apenas um leproso goez internado actualmente naquele estabelecimento.

Foi em seguida posta em discussão a 2.ª proposta da relatora, Dra. Escolástica Gracias assim redigida :

*Nos centros endémicos da lepra sucedendo frequentes veses como bem frisou Hutson na Conferencia Internacional de Strasburgo que no primeiro periodo de forma anestésica, quando a erupção irrompe numa área limitada, sejam negativos os exames bacteriotógicos da biopsia, da serosidade e do muco nasal, e negativos continuando por muito tempo, a experiencia clinica de todos os leprologos mostrando que estamos em frente de um caso de lepra, proponho que os senhores Congressistas se pronunciem sôbre qual o test que em caso destes servirá para se afirmar a lepra.*

*Alfredo Araujo.* Supõe, salvo o devido respeito, que a anestesia, especialmente se acompanhada de coloração e luzidio pode ser tomada como sinal precursor duma lepride cutánea.

*Dr. Sousa.* Acha prudente que nada se assente sôbre esta pregunta que não teve resposta decisiva na Conferência de Strasburgo onde estavam reunidos leprógolos mundiais. Pela sua naturesa não se pode solucionar praticamente a pregunta. Não se deve porém esquecer qua o facto de um doente ter pertencido ao entourage dum leproso averiguado deve pesar muito na balança. Tudo o mais pertence ao bom senso e ao treino de quem faz o diagnóstico.

Põe-se em seguida em discussão as seguintes propostas do relator Dr. Siqueira Nazaré.

Ei-las :

*1.ª. Qual é o* test *clinico sôbre que os ilustres membros da Conferencia entendem, se poderá basear, pelo menos, o diagnóstico da suspeição duma lepra frusta, quando as constatações bacteriológicas sejam negativas.*

*2.ª Resultando da nossa estatistica que as lesões iniciais nos nossos leprosos começaram em maior percentagem na infância e virilidade, se os ilustres membros da Conferencia teem elementos para se pronunciarem sôbre as idades mais susceptiveis ao contágio da lepra e sôbre aquelas em que as probabilidades deste contágio diminuem ou não existem.*

*3.ª Resultando da nossa estatistica que a maioria das lesões iniciais nos nossos leprosos começaram pela pele, se os ilustres membros da Conferencia teem elementos ou impressões clinicas para dizerem sôbre quais sejam as portas de entrada mais frequentes da infecção.*

Foi igualmente posta em discussão a seguinte proposta do Dr. Domingos de Sousa :

*Proponho que os senhores conferentes informem se conhecem casos de lepra importados pelos imigrantes estrangeiros e no caso positivo se conhecem casos de contaminação.*

*Dr. Froilano de Mello.* Convida os delegados de Praças de Norte a dar esclarecimentos sôbre a lepra nos seus distritos sanitários.

*Dr. Brás Gomes.* Não há lepra em Diu. Conta-se apenas de uma mulher vinda do estrangeiro que foi internada em Diu e morreu antes do orador ter assumido a direcção dos serviços sanitários naquele distrito.

*Dr. Aristides da Costa.* Informa sôbre a existência de 20 casos na Praganã aos quais se refere a memória estatistica organisada pelo Instituto sôbre as suas informações na parte referente ao distrito de que é agente sanitário.

*Dr. Valentim de Sá.* Consta ter havido muitos casos de lepra em Damão que fugiram para o estrangeiro encontrando-se actualmente apenas 6 casos a que se refere a memória do Instituto.

*Dr. Froilano de Mello.* Pergunta se os conferentes conhecem casos de famílias extintas nas aldeias por sofrerem de lepra.

*Dr. F. Ribeiro.* Uma em Siolim.

*Dr. Siqueira Nazaré.* Uma em Betalbatim.

*Dr. Martinho Cota.* Num só bairro de Betalbatim 3 fami-

lias.

*Dr. Alfredo Araujo.* Um em Bambolim e três em Verém.

*Dr. W. Pinto.* Duas ou três famílias em Margão.

*Dr. M. Miranda.* Pergunta se os novos casos que foram nesta sessão acrescentados á estatistica de lepra se deram entre hindús ou cristãos.

*Dr. Siqueira Nazaré.* Um em Margão, hindú.

*Dr. Joaquim Cabral.* Dois hindús.

*Dr. Alfredo Araujo.* Todos cristãos.

*Dr. Florêncio Ribeiro.* Todos cristãos.

*Dr. Wiseman Pinto.* Todos cristãos.

*Dr. Domingos Sousa.* Ambos cristãos.

*Dr. Armino Ribeiro.* Um hindú.

## 2.ª Sessão

### 21 de Fevereiro de 1926

Presidente—Dr. Adolfo da Costa.
Secretários—Joaquim Fílipe Soares.
Dr. Sales de Viega Coutinho.

O Sr. *Dr. Caetano Gracias* leu perante a Conferência a sua memória intitulada sôbre os *Hidnocarpus e outras plantas de Goa utilisaveis na terapeutica de lepra* ( in extenso neste vol.) fazendo—a preceder das seguintes palavras ;

Senhor Presidente, Meus senhores e Minhas senhoras ! Os interessantes relatórios e memórias que procederam tratando exaustivamente da lepra neste país puzeram os ilustres congressistas ao corente de número aproximado dos casos dêste mal, por uma estatística embora esteja como se acabou de dizer e de facto está muito aquêm da verdade,– o que muito nos deve preocupar,—bem como desenrolaram ante os nossos olhos o mecanismo da transmissão da lepra, da sua evolução, das suas diferentes formas patológicas e outras particularidades importantes.

Grande é o cabedal da brilhante obra realisada em tão pouco tempo de estudo aturado, e com desusado ardor, no campo de investigações, pelo eminente bacteriologista Dr. Froilano de Mello, o benemérito promotor desta conferência, com a cooperação de alguns dos distintos médicos novos, seus discipulos e com o auxílio do delegado de Saúde de Salcete, obra que a conferência teve ocasião de apreciar e que repre-

senta a mais evidente prova de que em Goa se conseguiu tratar pela primeira vez, com sciência e competência, da lepra que era descurada ou antes esquecida, por forma que podemos agora dizer, que o nosso país, quanto a leprologia se não está na vanguarda, pelo menos anda ao par dos principais centros scientificos do estudo do mal.

Chega-se nesta sessão a vez de procurarmos saber quais as drogas indigenas ou indianas que possuimos para o combate da lepra. Desta tarefa algo ardua tive a honra de ser incumbido, naturalmente porque sempre com interêsse acompanhei e acompanho o estudo clinico de algumas moléstias e dos remédios indigenas de origem vegetal principalmente e, porisso, com entusiasmo me desempenhei da imcumbência na medida da minha fraca competência.

Eis o meu trabalho que se denomina *Sobre os Hidnocarpus e outras plantas de Goa utilisaveis na terapeutica da lepra* (que leu). Antes de terminar devo dizer que o assunto da lepra não me é extranho e me foi sobremaneira grato ver hoje tratado magistralmente de conformidade com os preceitos da sciência moderna.

O resumo desta memória é :

## Sôbre os Hidnocarpus e outras plantas de Goa utilizáveis na terapêutica da lepra

(Dr. Caetano Gracias)

O autor refere-se aos seus estudos clínicos sôbre a lepra começados no Hospital de Savantwady sob a direcção do Dr. Gelásio Dalgado e continuados na sua vida profissional. Tratando do óleo de chaulmogra não aceita a opinião hoje em voga que a *Ginocardia odorata* seja desprovida de ácidos do grupo chaulmogrico e hidnocarpico. Em todos os tratados clássicos de botânica indiana, até na *Flora of India* de Roxburgh não se faz menção de planta com o nome *Taraktogenos Kurzii* King cujo óleo dizem ser o óleo de chaulmogra. A designação teria talvez provindo do naturalista Kurz ter estudado e classificado com o seu nome a arvore de chaulmogra que na *Pharmacopea of India* e no livro *Indigenous drugs of India* publicado em 1896 por Dey se acha descrita como *Ginocardia odorata*, no que são concoides todos os botânicos da India, desde Robert Brown que a descreveu pela primeira vez até Gibson (*The Bombay Flora*), Hooker, *The flora of British India*), Vhan Rheedi (*Hortus Indicus Malabaricus*). Wight

(*Icones plantarum indiae orientalis*). O autor refere-se ás análises de Moss feitas em 1878 que isolou o *ácido ginocardico* existindo no óleo na percentagem de 11, 7% e cristalizando em placas amarelas com ponto de fusão a 85 F. e com a formula provável de C. 14 H. 2402. Há na India e é usado na China desde séculos, um óleo chamado de chaulmogra e que realmente é falso chaulmogra. Dêle trata Hanbury na *Chinese Matéria Médica* e é produto das sementes da *Hidnocarpus anthielmintica* Pierre. Pode ter sucedido que o óleo analisado por Power e seus colaboradores seja uma mistura dêsse falso chaulmogra e do chaulmogra verdadeiro.

Tratando-se das Hidnocarpus existentes no país, o autor assinala a espécie *Hidnocarpus Wightiana Blume* (Konkanim *Konsti*). *H. antihelminthica* e uma outra espécie que não pôde identificar por a não ter estudado suficientemente. É conhecida vulgarmente por *Ranfonxti*.

Dá em seguida nota das seguintes plantas utilizáveis no tratamento da lepra: *Calotropis gigantea* Roxb. (Konk. *rui*) e *Hidrocotile aziatica* Roxb. (Konk. *undri*), indicando o seu modo de emprêgo.

O Sr. *Joaquim Cabral* disse: Li o resumo da memória do sr. Dr. Caetano Gracias, e houve um ponto que despertou a minha atenção: a origem e proveniência do óleo de chaulmogra. Segundo o ilustre Conferente, o óleo de chaulmogra provêm das sementes de Ginocárdia Odorata; a planta *Taraktogenos Kurzii* não figura com tal nome, nos tratados clássicos da botânica indiana e não seria outra coisa senão a própria *Ginocardia Odorata;* o êrro da denominação teria provindo segundo o autor, do naturalista Kruz ter estudado e classificado com o seu nome, a árvore de chaulmogra.

Havendo íntimas relações entre o assunto em discussão, e a memória que vou brevemente relatar, permita-me sr. Presidente, a elucidação de certos pontos.

Não sou botânico, nem químico, e nessas condições sirvo-me sómente dos livros para esclarecer os ilustres membros da Conferência.

A página 125 do livro "Indian Medicinal Plants," de Kirti, kar e Basu, figura o género *Tractogenos* e a planta *T Kurzi*-King *Syn Hidnocarpus Heterophilus* Kurz. Em vista disto, parece que não foi Kurz quem descreveu a planta com o seu nome pois que êle a chamou Hidnocarpus Heterophilus, confundindo-a como género Hidnocarpus. King diferenciou o genéro, dando a essa planta o nome de *Taraktogenos Kurzii*, King, que tem prioridade sôbre a denominação de Kurz.

A página 121, figura a *Ginocardia Odorata*, *R Br. Sin Chaulmogra Odorata*; e tratando-se da utilidade terapêutica dessa planta, se encontra o seguinte: Antes do ano de 1900, ¡maginava-se que o óleo de Chaulmogra se extraia das semen-

tes de *Ginocardia Odorata*; hoje porém sabe-se que êsse óleo deriva das sementes de *Taraktogenos Kurzii*. O Chaulmogra é opticamente activo e contem ácidos da série chaulmogrica, emquanto o óleo das sementes de *Ginocardia* é opticamente inactivo e não contem ácido chaulmógrico nem os seus homológos.

Muir, no seu Hand-book on Leprosy, Pgs. 39, diz que a semente de *Ginocardia* tem a radicula lateral, emquanto ela é terminal no género *Toraktogenos* e *Hidnocarpus*.

Granville Perkins, falando da origem de óleo de Chaulmogra diz no "Philip Yournal of Science, Vol. 21, n.º 1, Julho de 1922, pag. 2,." O óleo de Chulmogra provem das sementes de *Taraktogenos Kurzii*, planta que se encontra no vale de Assam e nas montanhas de Chittagong ( India ). Óleos semelhantes podem todavia ser obtidos de *Hidnocarpus Wightiana H. venenata, H. castanea, H. antelmintica, Asteriostigma Macrocarpa, H. alcalae, H. hutchinsoni, H. subfalcata* e *Onchoba Echinata. Pangium Edule* dá um óleo mais ou menos semelhante na sua composição, emquanto *Ginocardia Odorata*, que foi por muito tempo confundida com chaulmogra, é totalmente diferente, tanto sob o ponto de vista químico, como bacteriológico.

Perkins e Cruz estudando as propriedades fisicas e a composição química de óleos extraidos das sementes identificadas de várias espécies conhecidas, e conservadas no laboratório, fornecem os seguintes dados para a diferenciação dos óleos das sementes das duas plantas. ( Philip Journal of Science Vol, 23. N.º 6, Dez. 1925. Pg. 558.)

| | Peso especifico | Indice da refracção | Ponto de congelação | Rotação optica | Absorção do iódo | N.º de Saponificação | Ponto de congelação dos a gordos | R. optica do a gordo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| G. Odorata | 0,929 | 1,4743 | 4 | 0 | 160 | 198 | 20 | 0 |
| T. Kurzii | 0,951 | 1,4771 | 9 | 43,5 | 104 | 215 | 32 | 43 |

| | Acido chaulmogrico | A. hidnocarpico | Outros constituintes |
|---|---|---|---|
| G. Odorata | Não tem | Não tem | Ginocardina, Acido linolico, palmitico e linolinico |
| F. Kurzii | Tem | Tem (Ibid Pg. 546) | Glucoside e acido palmílico |

Vê-se portanto que o óleo de *T. Kurzii* difere do outro, sobretudo por dois caracteres: 1) desvio do plano da polarização da luz; 2) presença dos ácidos chaulmógrico e hidnocarpíco, totalmente ausentes no óleo do *G. Odorata.*

Esses doís ácidos constituem o segredo da actvidade do óleo e a sua fórmula de constituição consta de 5 atomos de carbono, dispostas em cadeias laterais aciclicas. Essa constituição química não se encontra noutros ácidos.

Oto Schobl, fazendo experiências *in vitro* com o bacílo de tuberculose mostra que o valor inhibitório de óleo de chaulmogra (*T. Kurzii*) é *20*, emquanto o de *G. Odorata* não passa além de 1.

(Phil Journ of Science Vol. 24. N.º 1. Janeiro de 1924, Pág. 24).

Em vista do exposto, parece-me que a planta *Ginocardia Odorata* não pode ser considerada como origem do óleo de chaulmogra.

O Dr. *Froilano de Melo* informando a conferência leu uma parte da memória do Congessista Lencastre Pereira de Andrade tendente a esclarecer o assunto a que se referiu o relator, Informou igualmente sôbre o significado técnico dos ácidos *ginocardico, hidnocarpico e chaulmoogrico* e dos seus respectivos sais.

O Dr. *Caetano Gracias* agradeceu as informações dadas lamentando não ter podido consultar livros mais modernos do que as fontes de que se serviu para fazer algumas das considerações contidas na sua memória.

Foi em seguida presente á discussão da Conferência a memória do sr. Lencastre Pereira de Andrade intitulada *Plantas de Goa Utilisaveis na terapeutica da lepra* cujo resumo é o seguinte:

## Plantas de Goa utilizáveis na terapêutica da lepra

(Lencastre Pereira de Andrade)

O autor refere-se aos trabalhos feitos na Escola Médica de Goa sôbre a lepra e cita algumas *plantas antidartrosas e parasitarias* da nossa flôra que podem ser aproveitadas na lepra, dando delas descrições detalhadas. Ei-las: *Hydnocarpus wightiana* Blume, e outras espécies do género tais como *H. trifolia, H. venenata, (H. inebrians syn. H. wightiana), H. al-*

*pinus*, *H. odorata*; *Ginocardia odorata* syn. *Chalmogra odorata*; *Taraktogenos Kurzii* King syn. *H. heterophylus* Kurz, *H. alcalae* (Philipinas); *Azadirachta indica* Linn., *Melia Azeridach* Linn. *Nerium odorum* Roxb, *Hydroctyle aziática* Linn., *Calotropis gigantea* e *procera*, *Semecarpus anacardium* Linn, *Anacardium occidentale* Linn., *Acacia catechu* Willd. Está junta uma monografia muito desenvolvida sôbre a *Hydroctyle aziática* e *Calotropis gigantea*.

Esta sua memória veio acompanhada de especimens de plantas e seus productos.

O sr. Dr. Siqueira Nazaret relatou a mesma memória pela seguinte forma: Sr Presidente Meus senhores! O sr. Lencastre Pereira de Andrade, cuja memória tenho a honra de relatar nesta sessão, não é médico. Tem-se dedicado a estudos de botánica e as suas indicações podem ser úteis para o tratamento da lepra. Dando a esta Conferência a sua colaboração sôbre as *Plantas de Goa utilisáveis na terapeutica da lepra*, o autor espera que uma paciente e assídua experimentação clínica poderá contribuir para a descoberta de remédios eficazes contra a lepra em que lhe são perfeitamente conhecidos os trabalhos concernentes ao óleo de chaulmogra e aos produtos químicos dêles derivados.

E se friso, meus senhores, o facto dêsse ilustre conferente não ser médico, é exactamente para que os membros médicos desta Conferência não procurem nas suas excelentes indicações, aquela precisão técnica que só podemos exigir a uma educação profissional, estrictamente especialisada.

Assim, por exemplo, quando o autor deseja que se possa tirar na lepra algum proveito das *plantas antidartrosas e parasiticidas*, os profissionais que me dão a honra de escutar, não procurem nem restringir o significado do *Dartros* ao capitulo dermatológico do *Dartros furfuraceo*, nem dar-lhe a extensão da terminologia popular, conglobando dermatoses de origens, etiológia e anatomopatológia tão variadas.

Entre as plantas existentes na flora de Goa dá o autor o primeiro lugar a *Hidnocarpus Wightiana*. Indica as formulas empregadas na presidência de Madrasta, sendo o tratamento precedido da administração oral de 5 grãos de pó de semente de *croton tiglium* que foi bastante para provocar uma acção purgativa.

O óleo de Hidnocarpus é adicionado do óleo de gordura da *Python*, podendo a administração ser também feita por via intramuscular. É pena que a memória não indique a parte bibliográfica donde se socorreu para dar o relato dos casos de Madrasta na qual os clinicos poderiam colher mais largas indicações. A gordura do Python não vos cheire a mesinhas proto-médicas. É hoje sabido que muitos óleos vegetais ou animais tem acção destruidora contra os bacilos ácido resis-

tentes. O óleo de fígado de bacalhau e o morruato de sódio são exemplos do que lhes afirmo. E quem sabe se o facto que vos apontará um dos nossos relatores sôbre o ter-nos mais de uma vez impressionado a história dos doentes atribuindo o começo da sua lepra a uma picada ou *baba* de cobra irá encontrar na gordura de Python um dos seus agentes terapêuticos..

O autor refere-se a diversas espécies de *Hidnocarpus* existentes na India Inglesa e nas Philipinas e advoga a cultura na nossa India da *Hidnocarpus alcalae* dêste último arquipelago em vista da grande quantidade de óleo que produz.

Refere-se em seguida a existência da *Azadirachta indica* ou *Melia Azadirachta*, referindo-se aos seus usos dêste os tempos aiurvédicos, posto em relêvo por Mohideen Sheriff na Mat. Med. de Madrasta. Uma outra planta congenere é a *Melia Azeridach*, margoseira bastarda. Não consta na memória se esta última existe em Goa.

Os arabes e persas fazem uso de folhas e casca na lepra, como também dos frutos, apezar de venenosos.

Na América tem sido externa e internamente usadas as folhas e cascas na lepra e erizipela, bem assim os frutos. «Das suas virtudes parasiticidas falou Loureiro antes de ou-«tros botánicos indianos e disse Garcia, que o sumo das folhas «doutra, talvez margoseira—estou transcrevendo os pontos «mais importantes da memória—sarava milagrosamente as cha-«gas.»

Os ilustres membros da conferência sabem perfeitamente como Karuna Chaterji foi arrancar ás informações dos livros antigos as virtudes de margoseira, de que isolou o ácido margósico e preparou os margosatos e etileteres margósicos. Mais uma vez lamento que a memória, por mais de um titulo interessante não, dê indicações bibliográficas precisas.

Sôbre a *Apocinea Nerium Odorum, Loendro*, nome vulgar em Salcete *mestiss*, dá o autor preciosas informações. Os tratados de medicina Hindú como o *Nighantas, o Tabef Sherriff, Ainslie* (em que livro?) o *Punjap plants* de Baden Powel falam do seu emprêgo na lepra e várias dermatoses. Farei minhas as palavras do autor: estas notas colhidas com muita paciência são no entanto aos clinicos de Goa um elemento para novas investigações.

Sôbre *Semecarpus anacardium* (nome indigena *Biboi*) e *Anacardium Ocidentale* (caju) encontram-se referências ao seu emprêgo na lepra que podem ser o ponto da partida de experiências clinicas. Nas ulceras leprosas o pó de *Acacia catechu* representada na flora de Goa por *A Suma* e *A Sundra* é indicado por Mohideen Sherrif como dando bons resultados, Sôbre as plantas *Hidroctyle Asiatica* e *Calotropis gigantea e Procera* as quais se refere o relatório do ilustre membro desta conferência Dr. Caetano Gracias faz o autor descrições de-

talhadas sôbre as quais me não estendo para não alongar êste relato.

Ao terminar, proponho um voto de agradecimento por parte da Conferência e em especial dos seus membros pertencentes á classe médica ao ilustre autor, que apezar de velho e doente, quiz contribuir com os seus interessantes apontamentos para o estudo do problema que nos preocupa. Tenho dito.

Foi depois posta em discussão a memória intitulada *Terapeutica da lepra* por *Joaquim Cabral* cujo resumo é o seguinte:

# Terapêutica da lepra

(Instituto Bacteriológico de Nova Goa)

A primeira parte desta memória trata do *Estado Actual da Sciencia sôbre a terapêutica da lepra* e é dividida em três capitulos distintos.

No primeiro abrangendo sob o nome de *Fisioterapia* a *Finsenterapia* ou a aplicação dos ráios químicos violetes e ultravioletes, a *Radiumterápia* ou o emprêgo de substâncias radioactivas, a *Roentgenterapia* ou *radioterapia* pelos ráios X, a *Helioterapía* e o emprêgo da *neve carbónica* utilizada por Paldrock.

No segundo capítulo trata da *imunoterapia* empregando sôros e vacinas. Reportam-se os resultados dos diversos autores, notávelmente do sôro de Carrasquila, bem como o das *vacinas de Rost,* da *nastina* e *nastina B.* de Deycke, da *leprolisina* de Davila e das *Vacinas autogenas* de Williams e Gavião Gonzaga. De um modo geral pode dizer-se que a vacinoterapia na lepra deu resultados menos animadores que noutras doenças infecciosas, dando mesmo a certos leprólogos a impressão clínica de que agravava a evolução da moléstia.

No terceiro capítulo trata da *Chimioterapia*, dando o lugar primacial ao *Oleo de Chaulmogra.* Indicam-se as diversas plantas donde provem êsse óleo e reportam-se os estudos de Perkins e Cruz pelos quais se pode estabelecer a identificação dos óleos segundo a sua proveniência. Empregado *per os* desde tempos imemoriais, os beneficios que dessa administração se podem colher na lepra são limitados em vista das grandes quantidades de óleo não toleradas pelos doentes por provocarem sintomas de irritação gastro-intestinal. A Tortoulys bey se deve o emprêgo do óleo *por via hipodérmica.* Método evidentemente mais eficaz que o emprêgo *per os*, tem todavia o inconveniente de provocar perturbações locais. Para

as reduzir ao mínimo foram propostas várias fórmulas das quais se citam as de Mercado, Heiser, Brocq, e Pomaret, Robineau, indicando-se o seu modo de emprêgo, as doses e os resultados obtidos. Da via intramuscular passou-se á *via intravenosa*. São desta fase a preparação de Wahran cohecida sob o nome de *Colobiase de Chaulmoogra*, as misturas de Heiper, e a emulsão de Stevenel.

Detalhadas informações se prestam nesta memória sôbre os princípios activos do Óleo de Chaulmoogra e sôbre a preparação dos *ginocardatos de soda*, seu emprêgo por via intravenosa e intramuscular e resultados clínicos. Os ethil etheres de Mc. Donald e Dean, que primitivamente apresentados pela casa Bayer sob o nome *antileprol* e empregados por Engel, deram tão brilhantes resultados aos autores filipinos, são cuidadosamente descritos no seu modo de preparação, técnica do emprêgo, resultados clínicos, reacções a que dão origem, seja com ethil etheres simples ou combinados com outras substâncias como a creosota, o iodo, a cânfora. Exceptuando raríssimos casos em que se tem notado efeitos irritantes sôbre o pulmão, tendo em um caso havido ataques asmáticos e um edema de glote mortal, pode dizer-se que a medicação pelos ethil etheres, de preferência iodados a 0,5%, é a terapêutica por excelência da lepra. Discute-se em seguida o mecanismo da acção do óleo de chaulmoogra, analisam-se os magistrais estudos de Schobl e as teorias de Mercado, Walker e Sweeney, Rogers e Rogers e Mackenzie.

Os estudos clínicos e os de investigação experimental da acção do óleo de chaumoogra sôbre o. b. de lepra levaram a ensaiar outros óleos na terapêutica antileprosa. A clínica confirma plenamente as previsões teóricas. Chatterji emprega os etheres etilicos de *óleo de ricino*, Rogers o *sojato de soda* das sementes de soja. Bonnet emprega o óleo do eucalipto, Valverde o *carpotrochato de soda*, Chatterji os produtos do *acido margosico*, seja margosatos, seja ethil etheres margosicos. O *morrhuato de sódio* tem também dado excelentes resultados.

Falando doutros agentes quimoterápicos, faz-se referência as injecções de iodofórmio diluido em ether, de cianocupro[1], cuprocyan (cianeto duplo de potàssio e cobre) cupriodan (mistura oleosa de cobre, iodo e cholesterina) de enxofre dissolvido em óleo de sesamo eucaliptolado, de óleo xilolado cholesterinado. E demoradamente se descrevem os resultados *antimoniais*, (oscol stibium e tártaro emético) e *arseniacais*, especialmente o eparseno de Pomaret.

Como apêndice ás medicações antileprosas fazem-se referencias ao *tratamento cirurgico*, *opoterapico* (tiroidina) e *antagonistico* peçonhas).

Na 2.ª parte descrevem-se os resultados das observações pessoais em leprosos tratados pelo *esparseno*, *antimoniais* (661, 751, stibenil), *karpotran*, e *ethilethers de chaulmoogra*.

O Sr. *Joaquim Cabral* relator disse: Senhor Presidente Meus Senhores! Os notaveis progressos feitos nestes últimos anos na terapêutica da lepra levam-nos a entrever a possibilidade da sua cura. Hoje mais de que nunca, podemos repetir com confiança as palavras de Unna, proferidas no Congresso Internacional de Lisboa em 1908; felizmente já vão longe os tempos, em que a opinião universal dava a lepra como doença incurável, e em que o médico que se não deixasse tiranisar por êste dogma desolador era olhado com um soriso de piedade. «Como em tantas outras doenças porém, em que se temos andado muito não temos andado o caminho todo, na lepra muito resta por fazer e em vista das recidivas que em vários casos, dos mais favoraveis para a obtenção da cura, teem inutilisado os nossos esforços, é mais prudente no presente momento considerar a palavra cura, como sinmonio de *blanchiment* ou *cura aparente*, seja para efeitos da terapêutica, seja de profilaxia. Estas palavras não traduzem nem ideia nova nem factos novos. São a ordem do dia em mais de capitulo de patologia.

Antes de relatar os resultados dos nossos estudos sôbre o tratamento dos leprosos, pareceu-me não seria desprovido de interêsse resumir perante esta Conferência, o estado actual da terapêutica da lepra. Para uma sistematisação mais perfeita dividi a questão em alguns capitulos.

No 1.º abranjo sob o nome de *Fisioterapia* o tratamento pelo método de *Finsen* empregando os raios violetes e ultravioletes; a *radium-terapia* pelas substâncias radioactivas, *Roentgenterapia* pelos raios X. Os seus resultados são contestaveis. Se Kaiser, obtem melhoras pela aplicação do rádio, Urbanowicz e Bertarelli negam-lhe qualquer eficacia. Heisser e Beurgman obtem o reaparecimento da sensibilidade pelos raios X, Breda vê reaparecerem os tuberculos depois da cessação do tratamento. A *Finsenterapia* e a *Helioterapia* teem uma certa acção adjuvante na cicatrisação das ulceras e no tratamento de mau estado geral. Gougerot obtem bons resultados nas ulcerações leprosas pelo emprêgo de pomadas contendo substâncias radioactivas. Nenhum dêstes meios é porém eficaz na cura da lepra. São quando muito, meios auxiliares no tratamento dos leprosos.

Na Conferência Internacional de Strasbourg discutiu-se o método de Paldrock pelo emprêgo da *neve carbónica*, que aplicada sôbre os lepromas, daria congestões nitidamente limitadas á roda das quais a pele reage pela formação de uma zona inflamatória. No fim de certo tempo o leproma congelado desaparece e dá lugar a uma zona normal com tecido um tanto pigmentado que permite reconhecer a séde da lesão. A acção parece estender-se também a outros lepromas que não tenham sido submetidos a êste tratamento local. Nas 13 observações apresentadas pelo autor, tubérculos do volume de uma ervilha desapareciam em 3 semanas após a aplicação da neve por

5 segundos: com 4 a 6 semanas, se a aplicação durasse menos 5 segundos. A regressão das lesões mucosas fez-se mais lentamente, Os membros da Conferência foram todavia de opinião que a neve carbónica melhorava apenas a estética do individuo, não impedindo a evolução da doença.

Sob o nome de *Imunoterapia* abrangi as tentativas de tratamento da lepra por soros e vacinas. Após alguns ensaios experimentais, positivos nas mãos de De Luca, negativos nas de Abraham, deu algumas esperanças o Soro de Carasquila, que preparado por injecções de sangue de leprosos a cavalos, pareceu obter o sufrágio dos leprólogos, mas a questão foi vivamente discutida na Conferência de Berlim onde ficou definido que êsse sôro não tinha nenhum valor terapêutico.

A imunisação activa teve até certo ponto voga mais duradoura. Apesar de se não ter conseguido obter culturas verdadeiras do b. Hansen, Rost na India com vacina obtida de pretensas culturas conseguiu resultados terapêuticos evidentes nas fotografias que exibiu. Á *leprolina* de Rost seguiu a *nastina B*, combinação da Nastina original, ás vezes contendo a totalidade da substância bacilar, com cloreto de benzilo. Grande número de leprologos obtiveram notaveis resultados pelo emprêgo da nastina; em outros paises porém foram menos animadores. A nastina empregada foi sempre proveniente da firma Bieblich, em que se supõe que o virus empregado pelo professor Deycke fôsse de Constantinopla. É possivel que a lepra seja devida a raças bacilares várias que obrigariam a preparar *in loco* as vacinas necessárias.

A *leprolisina* Davila muito empregada em Cuba e recentemente introduzida no nosso mercado é uma emulsão de ácido—resistentes vários obtidos de culturas de lepromas. Constatam-se algumas melhoras clínicas. Williams na India e Bayon na Africa do Sul preparam autovacinas pela emulsão lepromas dos próprios doentes. Gavião Gonzaga prepara enterovacinas autogenas. Babes na Romania preconisa o emprêgo de tuberculino-terapia. De uma maneira geral se pode dizer que a vacino-terapia, na lepra deu resultados menos animadores que noutras doenças infecciosas e ficou mesmo em certos autores a impressão clinica de que agravava a evolução de moléstia.

No capitulo de *Químioterapia* dou o primeiro lugar ao *Óleo de Chaulmoogra e seus derivados*. Empregado desde tempos imemoriais *per os*, os seus benefícios ficam limitados pelos sintomas de irritação gastro-intestinal a que dão origem as grandes quantidades de óleo, que é necessário ingerir para se obterem algumas melhoras. Tortoulys-bey iniciou o seu emprêgo pela *via hipodérmica* que, aumentando a eficacia do medicamento, tinha todavia o inconveniente de provocar perturbações locais de certa gravidade. Foi para reduzir ao minimo êsses incovenientes que foram propostas numerosas for-

mulas que prestam excelentes serviços na clínica e têem por base o óleo de chaulmogra e como substâncias adicionais o gomenol, gaiacol, eucaliptol, iodo, iodofórmio introduzidas quer para atenuar os sintomas locais quer para exercer uma acção directa sôbre o bacilo, contra o qual, em vista da sua afinidade com o bacilo de Koch, se ensaiam os produtos que de tempos em tempos são indicados como meios de combate na tuberculose, Da via intramuscular passou-se á *intravenosa*. Wahran prepara uma emulsão conhecida sob o nome de *colobiase de chaulmoogra*, Heiper emprega o óleo *in natura* misturado com iodo e ether. Stevenel o óleo emulsionado em solução normal de soda. Resultados duvidosos, reacções por vezes violentas.

A terapêutica chaulmogrica entra agora numa nova fase. O problema que preocupava os clínicos era o de saber qual o principio activo do óleo de chaulmogra. Já em 1879 Moss isolava dêsse óleo uma substância que chamou *acido-ginocardico*. Power e seus colaboradores em 1904-1905 demonstraram que o *ácido-ginocardico* de Moss era uma mistura de ácidos e puderam isolar do óleo, dois ácidos novos intitulados *chaulmoogrico* e *hidnocarpico*. As pesquisas de Perkins e colaboradores (1923) confirmam completamente as constatações de Powers. Este ponto é necessário que seja bem frisado para se estabelecer a nomenclatura com que se designam os sais sodicos extraidos desses óleos. Os acidos dos sais totais continuam a chamar-se e com razão *ginocardatos*. *Hidnocarpatos* e *chaulmoogritos* seriam produtos quimicos mais especialisados e como em todas as plantas desta série, se encontra em maior ou menor percentagem os dois em mistura, não há razão para a nomenclatura designar especificadamente os sais obtidos dos ácidos totais dos óleos respectivos.

Foi Leonard Rogers, que animado pelos resultados obtidos por Heisser no tratamento da lepra pelas injecções intramusculares do óleo, resolveu substitui-lo pelos sais ginocardicos. O seu colaborador Gosh isolou pelo método de cristalisações fraccionadas ácidos com pontos de fusão elevados cujos sais eram soluveis em água a 3%, adicionando á solução ½% de citrato de soda; o ginocardato de soda foi empregado em injecções intravenosas com óptimos resultados, dando mesmo curas no sentido que actualmente ligamos a essa palavra, tanto mais pronunciadas quanto mais precoce e prolongado fôsse o tratamento. O único inconveniente apontado era o endurecimento das veias e as tonturas. A dose de Rogers era de ½ c. c. no inicio, aumentando sucessivamente até 5 c. c. em injec-bihebdomadarías. Froilano de Mello e Loreto de Sousa modificaram a formula de Rogers aumentando a concentração até 6% e adicionando 1% de citrato. As suas doses são muito mais elevadas, injectando-se em cada sessão até 12 c. c. sem inconveniente. De uma maneira geral pode dizer-se que

as lesões desapareceram em 50% de casos de duração inferior a três anos. O tratamento porém tem de ser continuado, porque Froilano de Mello tem visto recidivas sobrevindas mesmo após, 6 anos de cura aparente. Pearcy Peacock introduz o soluto por via intramuscular. As injecções são dolorosas, O *Ginocardato de soda* A de Rogers chamado também *Hidnocarpato de soda* provém de sementes de *Hidnocarpus wightiana*. Otto Schobl preparou recentemente os *ginocardatos de soda S* e *D*. No primeiro entram os ácidos gordos totais em vez dos ácidos separados por cristalisação ; como os produtos eram irritantes, os ácidos foram purificados por destilação no vacuo, e novo produto foi chamado *Ginocardato de soda D*. A medicação de Rogers abriu novas vias para a investigação; mas é forçoso reconhecer que os resultados reais, conquanto muitissimo mais animadoras que os das medicações anteriores, não corresponderam aos entusiasmos dos primeiros tempos.

Um pouco depois de Rogers, os autores filipinos introduziam na terapêutica da lepra os *etil eteres de chaulmogra*, compreendendo fracções designadas pelas letras A, B, C e D correspondendo a primeira ao eter etilico do ácido chaulmogrico, a segunda aos etileteres doutros ácidos gordos separáveis pelo resfriamento da sol. alcoolica dos ácidos mixtos, a 3.ª aos éteres etílicos que ficam na. sol mãe depois da separação das fracções A e B e a 4.ª aos etil eteres dos ácidos restantes que acompanham a fracção mas se não solubilisam facilmente no eter. Os preparados de Hollman e Dean empregados em 1919 deram resultados tão surpreendentes, melhoras tão extraordinárias que os leprologos de todos os países os utilizaram. Os resultados obtidos nas leprosarias de Honolulu podem ser sumariados pela seguinte forma : Doentes com lepra de duração inferior a um ano 1 para 3 curados e *paroled*, quer dizer livres de isolamento, voltando ás suas ocupações habituais e sujeitos sob palavra, a inspecções periódicas ; lepra datando de 1 a 2 anos 1 para 4 *paroled ;* de 3 a 4 anos 2 para 9 ; de 4 a 5 anos 1 para 5 ; de 5 a 6 anos 1 para 10. Cêrca de 70% dos *paroled* estiveram sob tratamento por quási 2 anos ininterruptos. Os eteres etilicos tinham sido preconisados em 1907 por Engel do Cairo sob o nome de *antileprol* preparado pela casa Bayer; a sua generalisação deve-se aos autores filipinos. A indústria farmacêutica tem posto no mercado vários produtos tendo por base os etileteres ; o *teraktil* de Rangel Pestana, o chaulmogrol de Dias da Cruz e Paul Gans, o *hirganol* da casa Poulenc et freres são etil éteres de Chaulmogra. Administram-se por injecções intramusculares bi-semanais na dose 0, 5 c. c. a 10 c. c. segundo a tolerância do doente. Podem as injecções ser seguidas de *acidentes imediatos*, como a sufocação, tosse transpiração intensa e vertigens, factor que nunca observamos na larga experiência que temos dêsse produto ; *accidentes locais* ; dôr, as vezes abcessos ; *accidentes gerais*: cefalea, fraqueza, ano-

rexia, dôr no torax, opressão; *reacções leprosas*: nevrites, exacerbações de lesões velhas, febre leprosa que nos serve para regular as doses e a marcha do tratamento; e *complicações* como a nefrite que nunca vimos nos nossos doentes.

Não se empregam actualmente os éteres etilicos puros mas sim creosotados, canforados ou iodados. O E. C. C. O. de Muir é uma mistura de etil eteres, creosota, canfora e azeite de oliveira. Cuidadosos estudos clinicos demonstram que os éteres puros dão reacções variaveis, que os iodados 0,5% e 2% dão melhores resultados; que os creosotados não são superiores aos iodados e que a juncção de creosota ao iodo não dá vantagens e pode ter efeitos desfavoráveis no aparelho respiratório. Na memória que estou relatando tive o maior cuidado em fazer uma análise detida de todos os seus sintomas após a administração dêsses produtos. V. Exas. compreendem que o tempo me não permite esmiuçar mais o assunto nem os factos que apontasse, poderiam ser retidos pelos ilustres membros da Conferência.

Restava saber *como actuam os productos de Chaulmogra.* Um facto curioso é que os ácidos de chaulmogra impedem o desenvolvimento de b. de tuberculose aviaria a 1/5000,000 emquanto o fenol o faz a 1/1000 e tri cresol a 1/10000; esta acção antiséptica é todavia nula nos germens piogenicos vulgares. Do outro lado os bacilos pseudotuberculosos de Fischer e Lombarda precisam de concentrações mais elevadas de ácidos de chaulmogra, a 1/10.000, para que se impeça o seu desenvolvimento. Ora êstes dois germens são fracamente ácido-resistente e parece que é á acido-resistência que está ligada a propriedade antiséptica dos ácidos de chaulmogra que não tem acção nos outros germens, que por seu turno são mortos por doses de antisepticos vulgares de nulo efeito nos ácido-resistentes. Walker e Sweeney, regeitando a hipótese de Mercado que fazia depender a acção de chaulmogra *in vivo* do estimulo da phagocitose, fizeram interessantes experiências sôbre numerosos bacilos ácido-resistentes, estudos admiravelmente continuados e desenvolvidos por Schobl que devidamente analizados na memória que relato, mas não podendo expôr aqui mais detalhadamente, levam todavia á conclusão de que um grande número de óleos vegetais e animais. teem pelos seus ácidos não saturados, a curiosa propriedade especifica de impedir o crescimento de germens ácido-resistentes, grupo em que se encontram o b. da lepra e o da tuberculose.

Estudando o mecanismo intimo dessa acção Rogers aventou a hipótese de que o medicamento produziria a fragmentação bacilar. Froilano de Mello, fazendo numerações bacilares antes e depois do tratamento, demonstrou que não havia alterações na relação entre homogénios e moniliformes, homogenios e cocos no curso de tratamento como sucederia se fôsse real a hipótese de Rogers, mas uma redução total de

todas as formas bacilares; Os nossos estudos também não nos permitem considerar as formas grannlosas como *test* de degenerescencia. Rogers actualmente defende uma outra teoria: a acção quimica dos ácidos gordos se exerce pelo aumento de lipases sanguineas e do poder lipolitico que é diminuido normalmente nos leprosos donde resultaria a destruição da capsula cerosa dos bacilos pondo em liberdade os antigenios intracelulares que por sua vez sucitam uma reacção de imunidade activa contra a infecção.

Os princípios atrás expostos deixam-nos entrever a possibilidade de empregar outros óleos vegetais ou animais no tratamento da lepra. E com efeito Chaterji trata com sucesso dous doentes pelos *eteres etilicos do oleo de ricino*. Rogers prepara das sementes de *soja* o seu *sojato de soda*, Muir relata notaveis melhoras com preparações solúveis de óleo de *azeitona* e de *sementes de linho*. Valverde e Alcides Torres empregam os *sais de cobre dos ácidos gordos* de uma Flaucourticea brazileira *Carpotroche brazilensis*, Karuna Chatergi isola de óleo de *nim* o *ácido margosico* de que prepara sais de sódio e potássio e etil eteres margosicos. Rogers, Gangouli, Cadbury e outros usam o *morruato de sódio*. Como se vê o caminho está aberto para novas investigações.

Numerosos outros agentes quimioterapios foram ensaiados na lepra; iodoformio diluido com éter proconisado por Courtney em injecções bisemanais, dose inicial $^1/_2$ grão; injectar até chegar a 1 grão, *cianocuprol* preconisado por Tocano em inj. intravenisas de 24 miligramas por semana; *cuprocyan* (cianeto duplo de potassa e cobre) e *cuproiodan* (mistura oleosa de cobre, iodo e cholesterina empregados por Mata e Devoto) *óleo sulfurado* (enxofre dissolvido no óleo de sesamo eucaliptolado; *óleo xilolado* a 2 a 5% e *óleo xilolado colesterinado* preconisado por Louis Bory. Nenhum deles deu resultados concludentes.

Dois agentes porém ocuparam a atenção do mundo; os preparados de *antimonio* e o eparseno de Pomrret. O antimonio foi preconisado por Cawston em 1920. Largamente empregado por vários autores sob forma de injecções *d'oscal stybium* e *tartaro emetico*, e *per os* sob a forma de *vinho de antimónio e kermes mineral* e por nós utilisado sob forma de injecções de *stybenil*, não temos dúvida em afirmar que os seus resultados são nulos, conseguindo quando muito um certo grau de cicatrisação das úlceras. Entre nós, portugueses, o *oscol stybium* foi empregado pelo médico Fontoura de Siqueira em Moçambique, chegando a obter a regressão dos lepromas, e das lesões mucosas, a cicatrisação das úlceras e o desaparecimento da corisa. As melhoras porém param a uma certa altura e as lesões ficam estacionárias.

Os arsenicais foram utilisados na lepra. O atoxil, a hectina, o cacodilato de soda e o 606 com resultados duvidosos.

O esparseno de Pomaret provocou larga discussão na Conferência de Strasbourg. Usado primeiramente por Hasson de Alexandria, calorosamente advogado por Pomaret, devemos-lhe a morte de um nossos doentes. Somos absolutamente de opinião dos que o regeitam por não provocar nenhuma melhora apreciável e só dá origem a accidentes gravissimos, mesmo mortais.

Nos doentes que tratei e continuo tratando empreguei os etil steres, o etibenil, o karpotran, o 661, o 751 (antimoniais) o eparseno. Já anteriormente haviam sido empregados no nosso laboratório os ginocardatos e a colobiase de chaulmogra. Os resultados clinicos estão desenvolvidos na memória que relato e de que tenho a honra de submeter á conferência as conclusões. Antes porém de o fazer não deixarei de me referir aos *tratamentos cirurgicos* pela excisão dos tubérculos pelo bisturi ou termocautério, a distensão dos nervos preconisada por Leod em 1887, ao *tratamento opoterapico* pelos extratos tiroidicos e ao *tratamento antagonistico* por introdução de peconhas ou toxinas que dispertam o organismo para uma luta contra o agente da lepra. Há factos interessantes dos leprosos mordidos por cobras se terem curado de lepra. Mme. Phisalix demonstrou que a peçonha das abelhas é idéntica á das cobras. E já se reportam casos de cura ou melhoras obtidas em leprosos após picadas de abelhas feitas com fim terapêutico. Não terminarei êste relatório sem agradecer a benévola atenção com que fui escutado. Eis as suas conclusões finais.

*a*) em vista dos progressos realisados nos últimos anos pela terapêutica antileprosa está indicado o tratamento de todos os casos de lepra: se em casos recentes, por se esperar a cura, no sentido que actualmente estamos habilitados a ligar a essa palavra, em casos avançados por provocar, pelo menos temporáriamente, a cicatrisação das úlceras leprosas não neurotróficas e a cura de rinites especificas, realisando assim uma verdadeira prolilaxia anti-leprosa que se opõe até certo ponto á disseminação do contágio por excreções baciliferas; nos casos mais rebeldes, finalmente, pelas melhoras que provoca e que representando para os leprosos um certo alivio moral incutem no seu espirito uma esperança que dantes lhes estava vedada. Curar, melhorar, ou aliviar— é o lema de nossa missão de médicos.

*b*) no estado actual de sciencia a quimioterápia pelos éteres etilicos do chaulmogra e hidnocarpus constitui o tratamento por excelencia da lepra. Os resultados das experiencias feitas *in vitro* com óleos diferentes de chaulmogra abrem novos campos para a investigação scientifica das substancías distruidoras dos b. acido—resistentes, a que o b. da lepra pertence.

*c*) o antimónio pode quando muito ser um adjuvante no tratamento da lepra. O eparseno deve ser banido da terapeu-

tica antileprosa pelos gravissimos, e por veses mortais, accidentes a que tem dado origem.

*O Sr. Alfredo Araujo* disse: Ao tratamento cirúrgico relatado tenho a acrescentar a simpatectomia como tratamento curativo para as ulceras e outras perturbações tróficas, causadas principalmente por deficiencia na irrigação sanguínea. Sendo o simpatico o nervo vaso-constrictor, por excelencia, compreende-se como a sua ablação em volta da arteria prinpal dum membro numa extensão limitada, possa, por aumento do débito sanguíneo, curar as lesões do trofismo. Ví uma operação dêsse género feita pelo Dr. Gohen numa leprosa, com ulcera plantar. Ablação do simpático, numa extensão de 4 a 6 cm. em volta da femoral, no triangulo de Scarpa. Não sei o resultado obtido nesse caso, mas o Dr. Gohen tem-na por muito eficaz.

*O Sr. Dr. Froilano de Mello* pediu licença para fazer presente â conferencia umas notas sôbre o tratamento de lepra escrítas pelo Dr. M. S. Katre e trazidas pelo congressísta Constancio da Miranda, fazendo ressaltar a parte referente ao emprego da vacina de Row, preparada de bacilos tuberculosos.

Ei-las:

Nextly chaulmogra oil or any of its derivates has been considered the standard treatment for leprosy.

Chaulmoogra oil given internally in doses of 5-10 minims increased gradually according to stomach tolerance to 40-60 minims, was the first treatment given. Later with the manufacture of its derivates this has fallen into the background.

Sir Leonard Rogers considers the intravenous administration of 3% solution of sodium gynocardate with 1% Phenol and 1% Sodium citrate as better than the hypodermic administration. He gives it as follows:

The first injection is with half c. c., thrice weelkly and increasing the dose gradually to 5 c. c.

ANTILEPROL, a preparation of chaulmoogra oil. is another drug given with benefit in doses of 120 grains a day subcutaneously.

Rarely thyroid extract has benefitted some of cases of anaesthetic leprosy sodium morrhuate is founs to be as good as sodium gynocardate.

Lately Dr. R. Row, the President of the Medical section of the science congress of 1926, held in Bombay, demonstrated remarkable results which he got by the use of a special vaccine prepared by himself from tubercle bacili. By that vaccine nodules melt, facial cantom restored, anaesthetic patches disappear and perforating ulcers heal up in 4 or 5 months. This, last is worth a good trial in leper asylums.

With these few words and expressing my thankfulness

for your patient hearing, I close.

*O Dr. João Baptista Alvares* informou a conferência ter assistido á sessão de Congresso de Sciências de Bombaim onde o Dr. Row expôs o seu método de tratamento. A vacina empregada era um autolisato de bacilos tuberculosos. 3 casos de lepra nervosa e 2 de tuberculosa foram tratados por êste método com brilhantes resultados. O conferente mostrou algumas fotografias dos leprosos tratados pela vacina Row.

O *Dr. Siqueira Nazaré* enviou para a mesa para ser presente á conferência a seguinte pregunta:

*Se os ilustres membros da Conferencia teem experiencias clinicas sôbre o resultado prático do emprego de quaisqur das plantas indicadas pelos senhores conferentes Dr. Caetano Gracias e Lencastre de Andrade para o tratamento de lepra.*

O relator *Joaquim Cabral* enviou para a mesa para o mesmo fim as seguintes 3 preguntas:

*1.º Das sinteses dos nossos estudos combinados com a opinião de quási todos os leprologos do mundo, resulta que no estado actual da Sciencia os etil-eteres do oleo chaulmogra e plantas aliadas constituem o melhor método da terapeutica antileprosa.*

*Os ilustres membros da conferencia conhecem qualquer outro agente mais eficaz que os indicados no relatório?*

*2.º Podem os ilustres membros da conferencia dar a sua opinião sôbre o valor terapeutico das vacinas antileprosas?*

*3.º Tem os ilustras membros da conferencia quaisquer observações sôbre os empregos dos arsenicais e antimoniais na lepra, sobretudo com o eparseno, que contrabalancem os maus resultados obtidos que nos levam a regeitar* in limine *esta última droga na terapeutica antileprosa?*

## 3.ª Sessão

### 22 de Fevereiro de 1926

Presidente: Dr. Manuel Miranda.
Secretarios: Dr. Ubaldo Pais.
Eduardo Pereira, administrador do Concelho de Pondá

Antes da ordem do dia o sr. dr. *Caetano Gracias* faz a seguinte proposta:

«Na sessão de ontem tendo eu lido o relatório da minha memória sôbre as Hydnocarpus e outras plantas de Goa utilisadas e utilisaveis no tratamento da lepra, levantou-se um in-

cidente, um debate que eu mesmo provoquei. O óleo de chaulmoogra, quer êle seja de *Gynocardia odorata*, quer de Tarak-Krezii, ambas estas árvores não existentes em Goa, nada tinha com o texto da minha memória. Falei dêle só porque a crer nos autenticos clássicos botánicos e quimicos que citei dos anos idos devia admitir que o óleo era das sementes da *Gynocardia odorata*: não sabia que estudos recentes o atribuiam a outras espécies; é bem possivel e admito que seja isto verdade, pois nas investigações scientificas de qualquer assunto, sobretudo na quimica análitica os resultados de ontem se corrigem e não são os resultados de hoje, e quero por isso crer que ainda estes se não confirmarão amanhã. A química como o microscópio trabalha por corrigir coisas passadas e descubrir novas.

Ao corpo da minha memória só pertencem, como relatei, três espécies de Hidnocarpus e mais duas plantas de Goa, sendo a primeira a única principal e cujo óleo é não só o succedâneo dêsse óleo estrangeiro de chaulmogra de que tanto se fala mas é geralmente usado pelos leprosos em Goa como chaulmogra e até gente ilustrada supõe que o óleo de *Konxtãs* é o chaulmogrã.

Pois, foi-me incubída essa memória bem assim sôbre o mesmo assunto apresentou uma outra o ilustre botánico sr. Lencastre de Andrade; mas para que? Não foi certamente para passar tempo nesta Conferência nem para luxo. É para se tirar algum proveito das suas indicações na terapêutica da lepra; são remédios nossos que temos ao lado.

Portanto proponho:

1.º *Que o óleo de* Konxtãs *seja empregado nos asilos dos leprosos para o tratamento dêstes, isto é quando haja assistencia medica para esses doentes, o óleo seja usado segundo as indicações feitas nas respectivas memórias podendo ser alteradas pelo medico segundo as conveniencias.*

2.º *Que sejam também concomitantemente empregados os produtos indicados de* Calotropis gigantea *e* Hydrocotile aziatica, *variando as suas doses e o modo de emprego conforme o respectivo clinico o entender*;

3.º *Que a dieta rigorosa para os leprosos em todos os estados seja possivelmente vegetariana, com abstinencia completa de carnes e certos peixes, como cavalas e saveis, mariscos de toda a espécie e os crustaceos em especial, e de peixe seco de qualquer qualidade*;

4.º *Que estes nossos produtos, como são até aqui mal preparados ou em estado impuro usados pelos leprosos, sejam convenientemente preparados no nosso laboratório do hospital central e fornecidos ás delegacias de saude, aos asilos dos leprosos e aos leprosos não asliados, tudo afim de se certificar de alguma eficácia dessas drogas, sobretudo do valor do nosso*

*óleo de* konxtãs, *o chaulmogra indigena visto que afinal é o chaulmogra a mais preconizada droga contra aquele mal, desde tempos imemoriais, e todos os preparados quimicos principais modernos da terapeutica da lepra são de chaulmogra.*

*Dr. Siqueira Nazaré*: Acha bem vinda a sugestão da primeira proposta. Cita um caso de lepra maculo-eritematosa e com placas anestésicas, tratados *intus* e *extra* por óleo de konsteira na dose de 5 a 30 gotas diárias *per os* e por aplicação em pomada, com resultados, visto ter havido, cura aparente após três meses de tratamento.

*Dr. Pedro Antómo da Cunha*: Cita um caso tratado pelo mesmo óleo há mais de 15 anos. Melhorou mas recidivou. Tratado novamente pelo mesmo óleo houve melhoras, entrando depois a doente no asilo de Mapuçá, onde morreu.

Entrando-se a seguir na ordem do dia foi dada a palavra ao relator sr. Dr. Joaquim Cabral que fez presente á Conferência duas memórias suas, intituladas: *Estado actual da sciencia sobre a bacteriologia da lepra com investigações pessoais sobre as culturas do bacilo da Hansen e Sobre a possibilidade da transmissão da lepra pelos insectos*, cujos resumos são:

# Estado actual da Siência sôbre a Bacteriologia da lepra com investigações possoais sôbre as culturas do bacilo de Hansen

(Instituto Bacteriológico de Nova Goa)

Neste estudo relatam-se os trabalhos dos autores sôbre o bacilio da lepra. O 1.º capitulo diz respeito à *morfologia*, insistindo-se sôbre as ideias de Paldrock que nessa ordem de argumentos fundou a possibilidade dêste organismo representar uma espécie transicional entre Discomicetas e Bacteriaceas, e apontam-se as formas encontradas nos nossos estudos.

No 2.º capitulo trata-se da *distribuição do bacilo no organismo* que tem sido encontrado no corion da pele excepto no couro cabeludo, nas mucosas nasal, bucal e faringea, nos olhos, pulmões, fígado, baço, testículos ganglios e nervos. Estudam-se as *vias de penetração* do micróbio, discutindo-se especialmente o papel do coito na transmissão da lepra. *A pululaçao do bacilo* faz-se pelos espaços linfáticos e por transporte metastatico. Quando o bacilo chega a atingir o corion, três eventualidades se podem dar: destruição do bacilo nos teci-

dos, permanência no estado de saprofitismo, proliferação bacilar e a reacção anatomopatológica consequente. Particular atenção se dedica ao papel dos nervos na extensão da moléstia. *As vias de eliminação bacilar* são apontadas, discutindo-se especialmente o papel da secreção nasal. Finalmente a *Bacilemia* merece registo á parte com estudos possoais sôbre alguns doentes.

Um capítulo é destinado ás *culturas*. Relatam-se as tentativas de todos os autores que nos precederam neste estudo e dividem-se os bacilos encontrados em *difteroides àcido, resistentes chromogenos, ácido resistentes não chromogenos* e *anaerobios*. Discute-se a significação das culturas de Kedrowski e registam-se os resultados de estudos pessoais em Dorsett, ovo líquido de Besredka, Weil, batata glicerinada, idem com sangue humano, idem com sôro humano, gelose-sangue, gelose sôro humano, gelose sôro dos leprosos, gelose peixe, gelose peixe leite, gelose placenta, gelose placenta-sôro humano, gelose ascite, Pretroff, Campana e culturas em tecidos humanos mantidas em Ringer Locke. Os nossos resultados totalmente negativos levam-nos a afirmar, salvo o devido respeito á opinião de Kedrowski, que o bacilo de lepra não tem sido cultivado e que os organismos que cada autor tem apontado como sendo agentes de lepra devem ser considerados como saprofitas acidentais.

Relatam-se igualmente os resultados das inoculações feitas por diversos autores.

O último capítulo trata da lepra do rato estudada por Marchoux. Conquanto não tenhamos estudos de investigação sôbre êste assunto, podemos todavia afirmar que ela ataca, se bem que numa percentagem mínima, os ratos de Goa pois que em mais de uma ocasião temos visto o bacilo de Stefanski nos nossos murinos.

## Sôbre a possibilidade da transmissão da lepra pelos inscritos

(Instituto bacteriológico de Nova Goa)

Concebe-se teóricamente que os insectos sejam capazes de transmitir a lepra por 3 mecanismos: *a*) transporte mecânico dos bacilos para uma superficie, que tenha soluções de continuidade; *b*) inoculação por picada; *c*) inoculação das soluções de continuidade, pelos excrementos cheios de micróbios, ingeridos num repasto bacilífero.

A questão não deixa de ter uma certa importância visto que

há epidemiologistas, que afirmam uma tal ou qual relação entre a maior incidência da lepra e a distribuição do calor e da humidade em algumas regiões infectadas.

Relatam-se nesta memória, os estudos feitos pelos autores sôbre a *Musca doméstica*, especialmente as conclusões de *Leboeuf*, sôbre o *Acarus Scabiei*, *Pediculus capitis* e *pubis*, *carraças*, *percevejos*, *pulgas* e *mosquitos*

Relatam-se em seguida os resultados das nossas pesquisas, que podem ser resumidas da seguinte maneira:

*Quanto aos percevejos*:

*a*) 20 percevejos das camas dos leprosos do Asilo de Mapuçá, mostraram 50 por cento de casos, contendo no seu tubo digestivo, bacilos ácido-resistentes com morfologia mais ou menos análoga á do bacilo de Hansen. (Máximo, 5 bacilos em 250 campos microscópicos).

*b*) Percevejos normais, mostraram-se completamente indemnes.

*c*) O estudo da curva da depuração microbiana, após um repasto bacilífero, demostrou que o número de bacilos diminuia no 4.º dia, para se reduzir a zero, no 8.º.

*Quanto ás moscas*:

*a*) O conteúdo intestinal das moscas do Asilo, examinado tomando-se o cuidado prévio de separar as asas e patas, apresentam bacilos ácido-resistentes inteiramente semelhantes ao bacilo de Hansen em 40 por cento de casos.

*b*) As moscas normais, apresentaram-se indemnes.

*c*) As moscas alimentadas sôbre os leprosos e examinados com intervalos de tempo variando entre alguns minutos e 48 horas, mostraram bacilos, cujo número apresenta oscilações individuais, que não permitem tirar conclusões decisivas.

*Quanto aos mosquitos*:

Dificuldades de criação de mosquitos, e a constatação dum bacilo ácido-resistente no intestino de alguns culicidios capturados em sítios indemnes obrigaram-nos a interromper os nossos estudos sôbre êste género de insectos.

*

* *

Dos estudos dos autores que nos precederam, e das nossas investigações pessoais, pode-se quando muito concluir que as moscas possam ser vectores accidentais do bacilo da lepra, favorecendo a disseminação da doença, dado que, nos seus excremeotos se encontram bacilos, sem sinais de degenerescência.

Não há, nenhum argumento sério que nos leve a consi-

derar os *insectos suctores*, como factores epidemológicos da disseminação da lepra.

O Sr. Dr. *Joaquim Cabral*, relator, disse.

Sr. Presidente Meus senhores : Os trabalhos concernentes a etiologia da lepra estão dispersos em mais de uma memória e brevemente serão dados á luz da publicidade. Tendo-me cabido no curso dos nossos estudos, algumas investigações sôbre a terapêutica e a etiologia, coube-me a honra de relatar os respectivos capitulos perante os ilustres membros desta Conferência. Resumirei hoje num único relato e como introito ao capitulo da profilaxia marcado para as discussões desta sessão, os pontos que me pareceram deverem interessar mais particularmente ás causas primárias e secundárias, que directa ou indirectamente influem na génese desta doença.

Evidentemente, o nosso relatório deve começar pelo agente causal o bacilo de Hansen.

A bacteriologia tem atravez dos tempos exercido a sua influência salutar sôbre a medicina, fazendo sair a terapêutica dos dominios do empirismo e permitindo estabelecer bases seguras para a profilaxia e tratamento. Tratando-se da lepra, o seu papel não pode ser diferente ; contudo é forçoso reconhecer, que em vista da deficiência do seu desenvolvimento, ela não tem chegado ainda a atingir o seu desideratum.

Numa das memórias que relato, o capitulo da bacteriologia está suficientemente desenvolvido e abrange a morfologia do bacilo, a sua distribuição no organismo, a suas vias de penetração, propagação e eliminação, a bacilemia, as culturas, inoculações e uma questão talvez importante para a elucidação da etiologia, a lepra murina.

O bacilo da lepra, primitivamente observado por Hansen nos tecidos leprosos em 1871, é um bacilo ácido-resistente fino, identico ao da tuberculose, do qual pode todavia ser destinguido pelo seu aspecto morfológico e especialmente pela forma como se encontra agrupado nos tecidos parasitados, pelos resultados negativos das inoculações na cobaia e talvez pelas reacções corantes, entre as quais, a de Baumgarten, de valor até certo ponto contestável.

Muitos autores deram o seu contigente para o estudo da morfologia do bacilo. Paldrock, baseando-se nas suas observações emitiu a ideia de que o bacilo de lepra era um hifomiceta e considerou as granulações constatadas nos corpos bacilares, como formas de reprodução microbiana, emitindo prolongamentos que seriam análogos ás hifas micelianas. Os seus estudos foram discutidos na terceira conferência de lepra, reunida em Strasburgo, onde Marchoux não negando que o bacilo de Hansen fôsse um elemento de transição entre os Discomicetas e as bacterias considerou as granulações não como esporos germinativos mas como formas de resisténcia. Os

meus estudos sôbre a morfologia levaram-me a emitir a hipótese de que os elementos cocciformes seriam formas de resistencia do bacilo contra os medicamentos ou outros agentes internos e externos nocivos á sua vitalidade; pois constatei uma percentagem elevada de cocos ácido-resistentes (80%) em dois doentes de lepra tuberosa, que apresentaram sensíveis melhoras pelo tratamento até certa data, conservando-se depois estacionários. Devo acrescentar que alguns autores, notavelmente L. Rogers, aventam a ideia de as formas granulosas representarem frormas de degenerescência; no relato sôbre a terapêutica, que tive a honra de fazer ontem, tive ocasião da emitir as nossas ideias sôbre êsse assunto.

Todos os tecidos podem ser invadidos pelo bacilo de lepra: a pele, as mucosas, os nervos, os ganglios linfáticos, e os testiculos são porém os pontos da sua maior predilecção.

A *penetração* do bacilo efectua-se mais provávelmente por qualquer solução de continuidade, préviamente existente na pele e nas mucosas Vários casos clinicos de transmissão pelo uso de roupa dos leprosos. pela vacinação do braço a braço e pela inoculação accidental das feridas cutaneas, mostram bem o papel da *pele* como porta de entrada. Os estudos de White em Luisiania demonstraram que a transmissão da lepra se podia efectuar pelo côito, vacinação, beijo, uso dos objectos dos leprosos, lactação, sendo em todas estas condições especialmente perigosos os tuberculos ulcerados, sobretudo no caso em que o receptor tenha soluções de continuidade. Muitos autores consideraram nos tempos passados a *mucosa nasal*, como sendo a porta primária da infecção: porém a constatação de numerosos casos de secreções nasais não baciliferas seja no início da lepra, seja em casos de lepra avançada, levam-nos a não dar a essa via o papel preponderante que lhe foi atribuido. Esta afirmação tem especial valor, tratando-se de constatações bacterioscopicas para fins profilacticos; mal iria o analista, que na negatividade, da rhinite baseasse a afirmação de não ser bacilifero um determinado doente. A hipótese da *via digestiva* tem contra si o argumento de que mesmo nos casos avançados da doença, se não encontram lesões do estómago e intestino. A *via genital* é um dos meios de transmissão da lepra e interessa especialmente os higienistas para dedicarem o seu maior cuidado á proibição da prostituição das leprosas. Não se deverá, porém, esquecer que não são frequentes os casos de lepra conjugal, donde parece á primeira vista que a coabitação e o coito não representam na disseminação da lepra um papel muito importante. Na apreciação deste problema é preciso que se tomem em conta vários factores, como sejam a susceptibilidade relativamente menor dos individuos adultos para contrairem a doença, a impotencia funcional dos homens leprosos, em que as lesões dos testiculos, sobretudo em casos

avançados extinguem o desejo sexual, e a separação natural dos cônjuges, após as manifestações da doença. A mulher leprosa representa todavia um perigo muito maior que o homem infectado, seja por motivos de ordem fisiológica na sexualidade, seja por causa da eliminação bacilar pelas secreções vaginais,

A propagação do bacilo pode fazer-se pelos espaços linfáticos, por transporte sanguineo e por auto-inoculação e a invasão dos nervos se efectua em geral por continuidade ao longo das terminações nervosas, observando-se a curiosa coexistencia duma anestesia franca com uma maior frequência de bacilos na pele, enquanto a anestesia é forte, quando o bacilo é raro. Os nervos podem também ser invadidos pela *vasa nervorum*, o que explica que possam existir espessamentos de nervos sensoriais, em vários pontos do corpo, sem desaparecimento da sensibilidade em todas as zonas, por êle inervadas.

A eliminação do bacilo se faz principalmente pelos tuberculos, ulcerados e pela secreção nasal; o leite, o semen, o muco vaginal, a saliva, as lágrimas, as feses, podem também conter bacilos, sendo assim uma origem possivel da infecção.

No que diz respeito á bacilemia, tenho a honra de apresentar perante os ilustres membros da conferência os resultados sumarios das minhas investigações pessoais. Impressionado pela existência do bacilo de Hansen em *globies* fora da febre e das reacções leprosas, no sangue da circulação periferica de pontos não infiltrados de dois doentes de forma mixta, resolvi estudar o assunto, fazendo exames repetidos de todos os meus doentes e obtive os seguintes resultados :

1.º—12 leprosos de forma mixta . . . . . 3 casos positivos
2.º— 3 leprosos de forma nervosa . . . . . Todos negativos

A bacilemia constatada não foi persistente : desapareceu em dois exames consecutivos, para reaparecer no terceiro. Limito-me simplesmente a registar o facto sem tirar conclusão alguma.

Relatarei agora a parte mais importante da bacteriologia, que se relaciona com a terapêutica : *As culturas do bacilo de Hansen.*

Cinquenta anos passaram após a descoberta do bacilo, e ainda não temos a prova que êle tenha sido cultivado *in vitro.*

Nenhum outro microorganismo resistiu tanto aos esfôrços dos bacteriologistas : Os meios ordinários mostrando-se insuficientes, vários meios orgánicos, modificados até por vibriões e amebas foram tentados ; culturas æróbias e anærobias foram feitas ; e apesar de tudo, a opinião geral dos bacteriologistas é que o bacilo da lepra não tem sido cultivado.

Os resultados obtidos por vários autores e a maneira co-

mo êles conduziram as suas experiencias, estão largamente desenvolvidas na nossa memória, com especial referência aos trabalhos de Kedrosky, Bayon e Walker; mas entrando na discussão do valor de todas as culturas, parece-me que as conclusões não são difíceis de se tirar. Os difteroides, até hoje isolados, e apresentando todos eles caracteres culturais e morfologicos aproximadamente identicos aos dos saprofitas vulgares, são provavelmente desprovidos de poder patogeno, como bem o faz notar Walker. Fraser e Fletcher, completando a sua investigação, na qual empregaram os métodos indicados por Clegg, Rost, Wiliams, Duval e Bayon, declarem nunca terem chegado a obter culturas do bacilo

Eu, por minha vez, quiz dar o meu contingente para este interessante estudo, e procurei cultivar o bacilo nos seguintes meios: 1) Meio de Dorsett; 2) Meio de ovo liquido de Besredka; 3) Meio de Weil; 4) Batata glicerinada; 5) Batata glicerinada com sôro humano; 6) Batata glicerinada com sangue; 7) Gelose-sangue; 8) Gelose-sôro humano; 9) Gelose-sôro dos leprosos; 10) Gelose-peixe; 11) Gelose peixe-leite; 12) Gelose placenta; 13) Gêlose placenta sôro; 14) Gelose ascite; 15) Meio de Petroff; 16; Meio de Campana (anaerobios).

Os resultados das minhas investigações, que estão cuidadosamente registados e analisados, mas não posso expor aqui mais detalhadamente, se resumem numa única palavra—Nihil.

Todavia a persistencia dos bacilos de Hansen nas parcelas cultivadas por espaço de dois meses, levou-nos a pensar numa outra série de culturas. Resultava das observações anteriores, que o bacilo da lepra podia conservar-se por espaço de 2 meses, nas parcelas dos lepromas, separados do corpo e conservados *in vitro*. Podia-se nessas condições preguntar se o bacilo não seria capaz de se desenvolver nos tecidos humanos colhidos asepticamente *post-mortem*, e conservados em solutos apropriados. Resolvi, em vista disto, inocular a emulsão de lepromas, nos fragmentos de orgãos colhidos asepticamente *post-mortem*, antes da decomposição do cadaver e conservados no liquido de Ringer-Locke. Mas os resultados foram totalmente negativos, quanto ás culturas do bacilo de Hansen. Apenas um certo número de tubos denotou o desenvolvimento de saprofitas vulgares, agentes de inquinação. Na literatura consultada não nos consta que alguém tenha ensaiado culturas pelo método que acabo de expor. A conclusão a que chego, sintetisando os meus estudos com os dos outros que me procederam é que o bacilo de lepra não tem ainda sido cultivado.

Resumirei em poucas palavras o que se tem feito sôbre ás inoculações. Vários autores teem conseguido inocular a lepra aos ratos, cães, macacos e coelhos. Eu não pude por falta de tempo e de animais empreender as experiencias que pretendia e, nessas condições, limito-me a registar unicamen-

te os trabalhos desses autores, informando também aos ilustres membros da Conferencia que as inoculações do colega A. de Araujo em ratinhos brancos por via sub-cutanea foram totalmente negativas.

A *lepra murina* é um estudo interessante de Marchoux que póde até certo ponto auxiliar as investigações sôbre a lepra humana, em vista do parentesco entre os agentes e as formas clinicas das doenças murina e humana. Um facto sobremaneira interessante é a localisação ganglionar precoce, fóra de toda a manifestação leprosa.

A hereditariadade não tem nenhum papel na transmissão da doença e a etiologia se reduz ao contágio. Os insectos não desempenham outro papel que o de vectores accidentais do bacilo. E já que referencia é feita ao papel dos insectos da lepra murina, seja-me permitido dizer-vos que nos não passou despercebida a questão da possibilidade da *transmissão da lepra pelos insectos.* Este assunto que faz parte de uma outra memória nossa, não deixa de ter importância em vista da concordância notada por vários autores, entre a maior frequência da lepra e a destribuição do calor e da humidade nas regiões infectadas.

Concebe-se teoricamente que os insectos sejam capazes de transmitir a lepra por três mecanismos: *a*) transporte mecanico do bacilo dum leproma ulcerado para uma solução de continuidade ás vezes minuscula, existente no corpo duma pessoa sã ( muscas ) *b)* transporte pelos insectos, que abrindo galerias na pele (acarus Scabiei) podem levar o bacilo para as partes profundas, ou facilitar o seu acesso, quando por acaso estejam nas partes superficiais; *c)* transmissão pelos insectos suctores) mosquitos, carraças, piolhos, percevejos), que levando bacilos das lesões leprosas, podem descarregá-los pelas suas evacuações na visinhança das picadas feitas por si ou por qualquer outro insecto suctor.

Muitos autores tem obtido resultados positivos com as moscas, entre outros, Leboeuf, o qual examinando numerosos especimens de Musca doméstica, capturado nas ulceras dos leprosos e no entourage do hospital 150 metros), chega as seguintes conclusões: 1) a *musca doméstica* pode absorver numerosos bacilos, alimentando-se sôbre as ulceras leprosas; 2 ) os bacilos podem ser encontrados em abundância e em excelentes condições nos *excreta* das moscas; 3) não parece haver nem multiplicação, nem destribuição dos micróbios no tubo digestivo das moscas; 4) a musca doméstica tem provavelmente um papel importante na disseminação da lepra, depositando os seus excrementos nas membranas mucosas ou nas pequenas lesões da pele dos indivíduos sãos, que vivem no *entourage* dos leprosos.

Os estudos sôbre os acaros, piolhos, pulgas carraças e mosquitos teem dado resultados muito fracamente positivos;

entre os insectos suctores, merecem todavia especial referência os percevejos que teem dado resultados positivos com mais frequência do que os outros insectos suctores. A percentagem é de 99% nos alimentados sôbre os nodulos, e de 0,88% nos capturados nas camas do leprosos.

Tenho a honra de apresentar a V. Exas. os resultados dos meus estudos que tiveram por objectos os percevejos e as moscas. Numa primeira série de estudos, examinei os frottis do conteudo do tubo digestivo de 20 percevejos das camas dos leprosos do asilo de Mapuçá e observando cuidadosamente 250 campos microscópicos, constatei os seguintes resultados: 10 casos fracamente positivos com o máximo de 5 bacilos em 250 campos.

Os bacilos ácido-resistentes encontrados tinham uma morfologia semelhante a do bacilo de Hansen; e o control com os percevejos normais foi totalmente negativo. Resultando dêsse estudo, que os percevejos das camas dos leprosos podiam conter no seu tubo digestivo, bacilos ácido-resistentes que não pareciam ser saprifitas banais, em vista dos resultados negativos obtidos como os percevejos normais, restava estudar a evolução do micro-organismo no tubo digestivo do insecto. Inauguramos para tanto uma segunda série de experiências, procurando fazer que os percevejos normais picassem os lepromas, examinando depois o conteudo do seu tubo digestivo, após períodos suscessivos de tempo. As experiências foram feitas em três sessões, tomando-se o cuidado prévio de verificar se no ponto picado existiam bacilos e os resultados obtidos levaram-nos á conclusão de que os bacilos diminuiam no 4.º dia, para desaparecerem completamete no 8.º. Fiz um estudo idéntico com as moscas e encontrei no tubo digestivo das moscas do asilo, raros bacilos ácido-resistentes: 4 casos positivos, entre 10 examinados, com o máximo de 8 bacilos por 250 campos. O control com as normais foi negativo.

Na segunda série, examinei moscas alimentadas sôbre nodulas leprosos seccionados, dividindo-as em lotes, e observando após periodos sucessivos de tempo, constatei os seguintes resultados.

1.º lote—logo depois da alimentação 11 bacilos em média por 250 campos.
2.º lote—2 horas depois „ 9 „ „ média
3.º lote—24 horas depois „ 3 „ „ média
4.º lote—28 horas depois „ 1 „ „ média

Os bacilos encontrados nas moscas, são bacilos tipicos da lepra. Após o primeiro repasto feito nos lepromas, as moscas foram alimentadas com água assucarada e frutas; mas apesar de todos os nossos esforços, não conseguimos deixá-las viver por mais de dois dias. Da sintese dos nossos estudos e das que nos precederam, pode-se quando muito, concluir que a mosca pode favorecer a disseminação do bacilo de Hansen, compor-

tando-se com a lepra, da mesma forma como se comporta com a tifoide ou cólera. Tra-se pois dnma disseminação e não duma transmissão em sentido restrito, visto que esta palavra, tal como a aceitamos em parasitologia, implica um longo ciclo de desenvolvimento do agente microbiano, no corpo do hospedeiro, para depois ser inoculado, no organismo humano. Nem mesmo o papel da mosca vulgar, pode ser comparado com o da pulga na inoculação da peste. Quanto aos insectos suctores, não há no entanto argumento sério, que nos leve a considerá-los como agentes epidemiológicos da disseminação da lepra, podendo todavia actuar como simples vectores accidentais, como tantas veses sucede noutras doenças bacterianas; e ao terminar apresento as minhas saudações aos ilustres membros da Conferência, agradecendo-lhes a benevola atenção com que fui escutado.»

«Foi em seguida presente á Conferência a memória intitulada» *Sugestões para a profilaxia da lepra em Goa*» cujo resumo é o seguinte:

## Sugestões para a profilaxia da lepra em Goa

(Instituto Bacteriológico de Nova Goa)

O presente estudo divide-se em três Secções:

*Na primeira Secção* resumem-se os nossos conhecimentos sôbre a etilogia da lepra, sem os quais não pode haver um plano de combate racional contra esta doença. Demonstra-se a contagiosidade da lepra fundando-se em argumentos de ordem epidemiológica tendentes a provar a introdução da lepra em países até aí indenes e em contágio individuais devidamente averiguados. Cita-se o facto das crianças contrairem mais facilmente a infecção e constituirem um factor importante para a endenização da lepra num país. Apontam-se as vias de eliminação bacilar como sejam os tubérculos ulcerados, o sangue e pus, a secreção nasal e raras veses a conjuntival, o leite nas mamites leprosas, o esperma nas orquiepididimites, a saliva nas ulcerações, buco faridgeas, a descamação epicérmica. os pelos e cabelos e a pústula vacinal. Chama-se atenção para a importância das formas frustas que constituem por vezes focos de eliminação bacilar, perigosos sobretudo por passarem despercebidos. Enumeram-se em seguida as vias de penetração do bacilo no organismo; discute-se a importância da mucosa nasal, pele, mucosa genital como portas de entrada fazendo-se referenciais á lepra latente ganglionar e ao papel dos insectos na possibilidade na propa-

gação desta doença.

*Na segunda Secção* indicam-se os princípos basilares da profilaxia e descreve-se sumáriamente a sua aplicação em alguns países.

É preciso notar que se nas doenças infecto-contagiosas agudas em que o período de incubação e a evolução ciclica são relativamente curtos, é fácil convencer o povo da necessidade do isolamento dos atacados, o mesmo se não dá na lepra cujo período de incubação vai de meses a anos, cujo período de invasão pode passar despercebido, cuja evolução pode durar a vida inteira.

Os princípios advogados nesta memória são;

1.º—*Notificação obrigatória (confidencial)*—de qualquer caso de lepra averiguado ou suspeito á autoridade sanitária.

Essa notificação será feita:

*a*) Pelo clínico;
*b*) Pelo chefe da familia ou tutor do atacado ou suspeito;
*c*) Pelo vizinho mais próximo;
*d* Pelo regedor da localidade.

A notificação seria imediatamente seguida de *inspecção sanitária* tendo por fim:

*a)* O exame clínico e o diagnótisco do ou dos indivíduos referidos na notificação confidencial;

*b*) *Caso a suspeição se confirme*, o exame clínico dos contactos mais próximos, pertençam ou não á familia, residam ou não na localidade com o fim de se descobrirem casos de lepra frusta;

*c*) Classificação dos examinados nos seguintes grupos, para os efeitos da profilaxia.

*A*) Casos de lepra típicos: A 1—mutilados, lazarentos e outros *invalidos*.
A 2—fortemente infectantes, leoninos, ou com lesões extensas naculo-anestésicas ou tuberculosas, mas *válidos*.

*B*) Casos de lepra no início: B 1—com excreções bacilíferas.
B 2—sem excreções bacilíferas (lesões de tipo geralmente anestésico).

*C*) Casos de lepra ganglionar.
*D*) Individuos sãos.

2.º—*Destino a dar aos leprosos*—Todo o doente de lepra averiguada *com excreções bacilíferas* deverá ser sujeito ao *isolamento obrigatório*. O grau dêsse isolamento variará se-

gundo as classes atrás mencionadas. Assim:

*a*) Os inválidos e mutilados serão isolados em *asilos* confortáveis sequestrados á vista do público e mesmo dos outros doentes para não verem naqueles infelizes os espectros vivos da sua miséria futura. Tais asilos não reclamam pessoal médico especial. Não há aqui lugar para tratamentos especificos com um fim curativo mas sobretudo aos cuidados que a Sociedade é obrigada a prestar ao infortúnio e aos socorros terapêuticos em doenças intercurrentes.

*b*) Isolamento dos leprosos infectantes *validos* em *enfermarias* com blocos distintos segundo os *sexos* e segundo os doentes tiverem *lesões pouco avançadas* ou *muito avançadas*, motivos de ordem moral a que é preciso atender. Apensos a estas enfermarias *compartimentos* para doenças intercurrentes e uma *casa de isolamento* para qualquer doença contagiosa aguda e transmissivel como as febres eruptivas.

Não se dão aqui os planos destas enfermarias, por dependerem do número dos doentes, condições do local e dos recursos financeiros de que possamos dispor. Alude-se porém a necessidade de se tratar êste grupo de doentes pelos métodos modernos para se obter senão a cura pelo menos o *blanchiment*. Os serviços dêstes internados seriam aproveitados para a manutenção do Hospital. Uma *oficina* de trabalho e um *templo religioso* são os complementos morais indispensàveis de uma instituição desta natureza.

*c*) As formas frustas não *baciliferas e a lepra latente ganglionar* precisam de um *dispensario*, Advoga-se o principio de que nas Delegacias de Saúde se deverão montar tais dispensários que não reclamam mas que uma seringa para injecções, algumas drogas e solutos para desinfecções. O tratamento poderia ser feito também pelo médico da localidade mas não dispensa as *infecções periodicas* da autoridade sanitária.

*d*) *Vigilância periodica* dos sãos do entourage de um leproso a cargo dos delegados de saúde.

*e*) *Segregação das crianças indemnes*. A *creche* e a *escola* são instituições cuja organização e funcionamento dependem absolutamente das condições e recursos locais. São obras de higiene e filantropia sôbre as quais não é possível dar mais largas indicações.

*f*) Condena-se de uma forma absoluta o *isolamento domiciliário* em familias pobres e de condição social relativamente inferior. Só poderá ser permitido quando sob a responsabilidade de um médico da localidade e após exame e verificação da autoridade sanitária, se entenda que as condições de higiene doméstica e individual, bem como o nível educacional do atacado e sua família ofereçam garantias de um isolamento efectivo e rigoroso. Não se deveriam porém dispensar em tal

caso visitas periódicas, *feitas de surpresa*, para se verificar a eficácia das medidas adoptadas.

*g*) Como meios acessórios, a propaganda educacional e proibição numa área de 1.000 metros de ráio de estábulos e currais para evitar o aparecimento de insectos e a possibilidade da transmissão de lepra por êste meio.

Não se podendo fomular regras mais detalhadas que constituem matéria administrativa e regulamentar dão-se em apêndice notas sôbre a legislação de alguns países referentes ao assunto.

*Na 3.ª Secção* Seguindo a orientação acima definida damos a classificação dos doentes por nós examinados. As cifras podem pecar por defeito mas dão ideia aproximada da questão.

*Inválidos* ( para asilo ).

No *Concelho de Bardez*—H 4, M 5=9.
No *Concelho das Ilhas*—H 1=1.
No *Concelho de Salcete*—H 14=14.
No *Concelho de Quepém*—H 1=1.
No *Concelho de Ponda*—H 1=1.
No *Concelho de Perném*—M 1=1.

Juntemos a êstes os doentes inválidos de Vingurlá assim distribuidos : H 9, M 6=15

Temos pois em Goa um minimo de 42 lepsosos que reclamam *asilo*.

Os doentes da Praganá invalidos são 5.

Os doentes de Damão 2.

*Validos mas altamente infectantes* (enfermaria do 1.º grupo).

Em *Salcete* : H 15, M 7=22
Em *Ponda* : H 3=3.
Em *Bardez* : H 16, M 5=21
Nas *Ilhas* : H 8, M 1=9.

Doentes de *Vinngurla* : H 25. M 11=36.

Os doentes desta classe em Goa importam pelo menos 91. Na Praganá há nesta classe H 6, M 2

*Validos com lesões minimas, mas baciliferos ( lepra em inicio, infectante )*—(Enfermarias do 2.º grupo).

Em *Salcete* : H 7, M 5=12
Em *Bardez* : H 2, M 5=7
Nas *Ilhas* : H 7, M 2=9.

Ou seja um total mínimo de 28 doentes em Goa. Na Praganã.

**Lepras frustas em inicio não baciliferas**

Em Salcete H 11 M 9=20—Em Bardês 1 (H 1).

Nas Ilhas 4 (H 3, M 1).

**Lepra latente ganglionar**

Nas Ilhas 1, em Salcete 1.

*Para surveillance.*

As pessoas examinadas foram : Santa Bárbara 30 (faltaram outras tantas), Bambolim 11, Pangim 2, Assagão 3, Calangute 2, Ordá 2, Verém 8, Verná 6 (falt. 3, Seraulim 4 (falt. 2), Curtorim 5 (falt. 1), Chichinim 2 (falt. 1), Chandor 4, Betalbatim 12 (falt. 11), S. José de Areal 2 (falt. 1), Utordá 7, Benaulim 17 (falt. 6), Colvá 3 falt. 1). Navelim 6, Raia 13, Rachol 12 (falt. 4), Margão 30 (falt. 16), Nuvém 26 (falt. 9). Esses exames só incidiram sôbre o entourage familiar. Para ser completo deveria extender-se ainda ás relações com quem os doentes estivessem em contacto mais ou menos prolongado. Não será desprovido de interêsse dizer-se que no entourage dos doentes actualmente internados em Vingurlá se encontraram alguns casos de lepra frusta.

A presidência entendeu, sendo apoiada pela Assembleia que todos os asuntos da sessão de hoje, por se prenderem intimamente uns com os outros fôssem discutidos em conjunto e deu a palavra ao *Sr. Alfredo Araujo* relator que disse :

Senhor Presidente. Meus Senhores.—A memória que tenho a honra de relatar divide-se em três partes. Na primeira convencidos de que não há profilaxia racional de uma doença sem pleno conhecimento da sua etiologia e epidemiologia, abordam-se os problemas referentes a êste assunto que será exposto perante os ilustres membros da conferência e dentro do tempo que me é marcado, por uma forma sumária, insistindo apenas nos pontos que mais nos interessam para a profilaxia, visto que o relator que me precedeu encarou alguns capitulos que se prendem com esta secção. Na segunda parte apontam-se os princípios basilares da profilaxia propriamente dita aplicáveis ao nosso país. Entendemos que nos não deviamos preocupar com minucias e detalhes que constituindo matéria regulamentar estão fóra da alçada dos congressos e cuja aplicação varia forçosamente segundo os recursos financeiros e as condições sociais e cada terra. Na nossa memória todavia dão-se em apendice a esta segunda parte o texto integral da lei brasileira, que nos pareceu modelar e onde talvez o serviço de saúde da nossa província poderia encontrar preciosas indicações para a elaboração do projecto de lei regulamentando o assunto. Como na Conferência internacional de Strasburgo se faziam constantes referências á lei norueguesa e aos seus admiraveis resultados práticos, achamos dever também inserir na

nossa memória os pontos mais importantes dessa lei. Foi o Dr. Lie de Bergen, o leprologo mundialmente conhecido que nólos enviou e o Instituto Bacteriológico sente-se feliz em prestar, pela bôca de um dos seus mais modestos colaboradores, a sua homenagem ao scientista e ao filantropo que com tanta proficiência e abnegação está continuando no seu país a obra encetada pelo grande Armauer Hansen.

Na terceira parte finalmente, dividem-se os doentes que fizeram parte da nossa Estatistica em grupos segundo o destino que poderiam ter caso venha a incidir sôbre êles a protecção da lei. Evidentemente os números que perfazem êsses grupos podem variar durante o tempo que decorrer entre a nossa inspecção e a aplicação da lei : uma lepra frusta sem excreções bacilares tornar-se-há infectante ; numa lepra tuberosa sobrevirão sintomas lazarinos ; a própria morte ter-se-há apiedado do sofrimento de um mutilado. Mas, restrição feita dessas oscilações, os ilustres membros desta conferência terão bases aproximadas para surgerirem o financiamento dessa grande obra social, que o Estado só por si não poderia levar a cabo e para a qual em todos os países cultos se dão as mãos o Govêrno e o Povo.

Consideremos sucessivamente os três capitulos.

A lepra é a doença de todos os climas, de todas as raças, de todas as condições telúricas. Existe nas planicies, existe nas montanhas, na zona equatorial e nas zonas para-articas. As investigações de Rogers teem demostrado que na India a lepra é mais frequente nas regiões em que é maior a incidência da chuva. A Birmania, o Assam, a Bengala, o Malabar, Travancore teem muito mais leprosos que as regiões secas e quentes do Panjab, Beluquistan, Rajputana e Sind. O factor alimentação, invocado em muitos países como causa da lepra não tem hoje mais que interêsse histórico. No Oriente incrimina-se o peixe salgado, o caviar, e a carne do porco. No Brasil frutas de diversas árvores. Cada país tem o seu preconceito e, como bem o nota Jeanselme, a variedade dos factores invocados deixa ver a sua pouca importância na etiologia da lepra.

Dois pontos porém teem especial importância na etiologia e epidemiologia da lepra. Se em todos os tempos esta doença foi considerada eminentemente contagiosa, não faltou todavia quem sustentasse o contrário. De nada valia a lição prática colhida das medidas drásticas que na idade média conseguiram diminuir o número dos leprosos no mundo nem as que em países menos avançados, decretou o instinto popular tendentes á surpressão do doente factor do contágio. Danielssene Boeck, fundando-se em estudos de árvores genealógicas de leprosos, proclamaram a hereditariedade como o factor mais importante da persistência da lepra num território.

Estas ideias tiveram repercussão na India visinha onde o

Comité do Royal College of Phisicians de Londres em relatório escrito em 1862, á requisição do Ministério das Colónias, declarou que a lepra não é contagiosa nem comunicável ás pessoas sãs em contacto com os doentes e que não há nenhuma razão que justifique qualquer medida tomada no sentido do isolamento obrigatório dos doentes.

Como era de esperar, a teoria da hereditariedade levantou sérias objecções. Sandré, retomando o estudo das próprias estatisticas de Danielssen e Boeck, demonstrou que a soidisant hereditariedade se manifestava mais na linha colateral que na linha directa e que se desprezasse a linha colateral, como era mais racional, 70% de casos de lepra tuberculosa e 60% de anestésica pareciam de origem espontânea. A seguir muitos leprologos como Munro, Hansen, Van Dyck, Carter, Ehlers, White e outros produziram argumentos decisivos contra a teoria da hereditariedade, podendo, quando muito, aceitar-se como plausivel, se bem que não demonstrada, uma predisposição especifica como sucede na tuberculose (Virchow, Living e mais recentemente Solano ). Os argumentos em que se fundam os contagionistas dividem-se em dois grupos, o primeiro referente á introdução da lepra em países até aí indenes de que numerosos exemplos são citados na memória que tenho a honra de relatar, devidamente estudados quanto a extensão e interdependência dos casos desde a introdução do primeiro leproso no território ; o segundo a contágios individuais de lepra devidamente averiguados – ponto tanto mais importante quanto nos não são desconhecidas as inoculações negativas a que Danielssen e Profeta se submeteram. É hoje sabido que a idade mais susceptivel para se contrair a lepra é a infância e a adolescência e que são sobretudo os individuos para baixo de 15 anos que contribuem para entreter e endemisar esta doença num país. Seria talvez um certo grau de refractariedade dos adultos aliada ao longo periodo da incubação da moléstia a causa dos insucessos a que me referi e contra os quais não tem valor a única inoculação positiva, hoje conhecida, do prisioneiro Keanu, por lhe faltarem alguns elementos que podessem dar a essa experiência foros de uma evidência inatacável. Aos argumentos colhidos em livros de leprologia estão juntas histórias epidemiológicas ocorridas no nosso país que nos levam enfileirar-nos ao lado dos que proclamam a lepra como doença contagiosa. Demanda porém na generalidade dos casos um convivio mais intimo para se efectivar êsse contágio. Não se transmite com a mesma facilidade como a tuberculose, cujo bacilo veiculado pelas goticulas de Fluge, ou pelas poeiras sêcas tem um poder de contaminação muitissimo maior. É sob êste ponto de vista e devido provavelmente ás quási nulas possibilidades da vida de agente no meio exterior que tem de ser corrigida a opinião de antiguidade que, presa de um terror biblico pôs em prática medidas bárbaras que tiveram

por fim distruir a raça dos leprosos, espondo-os a todas as privações, despojando-os por vezes dos direitos civis, obrigando-os, como ainda hoje se faz em Constantinopla, a levar ao pescoço guisos de precitos cujo hálito conspurca a atmosfera, privando-os emfim de todo o conforto que merecem o sofrimento, separando-os violentamente da família ficando mortos para mundo ao som de responsos que em mais de um país eram cantados pelo descanço das suas almas.

A lepra é pois uma doença contagiosa e não é conhecido por ora outro reservatório de infecção que a espécie humana. Não será fora de propósito chamar a vossa atenção para o facto de em muitas histórias clinicas nos ter impressionado o relato dos doentes atribuindo o ínicio da moléstia a picada da cobra. Não temos nenhuma opinião nem sôbre a veracidade das informações nem investigações sôbre a possibilidade de encontrarmos fóra da espécie humana o reservatório da infecção. Mas como, por vezes, um facto é um clarão que leva á busca da verdade, registamo-lo sem mais comentos.

No relatório que me precedeu foi descutido o modo da eliminação do agente infectante e a penetração dêste agente no organismo susceptivel. Foi exposto o papel que os insectos poderiam representar na transmissão da doença. Nada tenho a acrescentar ao que ficou dito. Sómente me permitiria abordar algumas considerações sôbre os argumentos de Rogers tendentes a aceitar esta última hipótese. Fazendo um conscencioso estudo estatistico da incidência das lesões primárias e notando que ela se dá especialmente nas superficies de extensão e nas partes do corpo que ficam em contacto com a cama, o autor infere a possibilidade da penetração do bacilo pelas picadas dos insectos bem como a da formação de embolias baciliferas que ficariam paradas nos pontos em contacto com a cama por causa da pressão maior existente nessas regiões. Na realidade a hipótese das embolias não está nem tem visos de poder ser demonstrada, nem mesmo se pode atribuir a uma genese única o aparecimento das lesões nas diversas partes do corpo, mesmo que se chegue a demonstrar que a lesão cutánea inicial se manifeste seguramente no sitio da penetração. Em contacto com a cama ficam superficies tanto flexoras como extensoras. Mesmo os sitios mais sugeitos á picada variam conforme os hábitos dos insectos suctores: o percevejo pica de preferência as superficies em contacto com a cama: o mosquito os sitios expostos em sentido contrário.

Ao lado de constatações de ordem laboratorial em que se tem verificado a existência de bacilos da lepra no intestino dos insectos suctores, apoz repastos baciliferos, há factos de ordem epidemiológica que se não infirmam por completo, reduzem pelo menos á proporções mínimas o papel que desempenhariam os insectos, em especial os mosquitos na transmis-

são e propagação da lepra.

Ao abordarmos o segundo capitulo não será deslocado insistir sôbre as dificuldades que cercam a profilaxia da lepra. Em doenças que se apresentam sob carácter infeccioso agudo, com um periodo de incubação e uma evolução ciclica relativamente curtos, é facil convencer o povo da necessidade do isolamento ; na lepra, porém, cuja incubação vai de meses a anos cuja invasão pode passar despercebida mesmo a olhos educados, cuja evolução clinica pode ser tão silenciosa que não precise de consulta médica, é dificil mostrar á sociedade e sobretudo aos próprios doentes a necessidade da segregação tanto mais cruel quanto pode estender-se pela vida inteira, sem esperanças de cura nem de regresso ao convívio social. As medidas que propomos são:

1.ª *Notificação obrigatória* de qualquer caso de lepra averiguado ou suspeito Devido a preconceitos do meio que lançam um labeu infamante sôbre o leproso e sua familia, devido sobretudo a erros de diagnóstico a que pode dar origem, preferimos que essa notificação seja *confidencial*, feita por todo o clínico que tiver conhecimento do caso, pelo chefe da familia ou tutor, pelo visinho mais próximo e pelo regedor da freguesia. A notificação seria seguida de uma *inspecção sanitaria*. E, caso o delegado de saúde confirme o diagnóstico, a inspecção extender-se-há a todos os contactos pertençam ou não à familia, residam ou não na localidade. Para maior garantia do diagnóstico e para evitar quaisquer erros preferimos que sôbre o relatório enviado pela autoridade sanitária se pronuncie em última analise uma *junta médica* presidida pelo director do Instituto Bacteriológico e tendo por vogais o delegado de saúde e um clínico livre indicado pela familia e caso a familia o não queira, pela autoridade administrativa. Esta junta faria os exames clinicos e laboratoriais necessários para o diagnóstico e classificação definitiva dos inspeccionados.

2.º Quanto á *classificação dos inspeccionados* que satisfaça a um tempo a clínica e a profilaxia, propomos a seguinte:

A. *Casos de lepra tipica.*
- A 1 Mutilados, lazarentos e outros invalidos.
- A 2 Com lesões fortemente infectantes, mas validos.

B. *Casos de lepra frusta.*
- B 1 Com excreções baciliferas
- B 2 Sem excreções baciliferas

C. *Lepra latente ganglionar.*

D. *Individuos sãos.*

3.ª Quanto ao destino a dar aos leprosos propomos os seguintes:

A todos os leprosos infectantes o *isolamento obrigatório.*

O *isolamento domiciliario* poderia ser permitido só em casos muito especiais segundo o nivel educacional do atacado e da sua familia, e sob responsabilidade de um clínico, sem dispensar as visitas da autoridade sanitária feitas de surpresa para verificar da eficacia dêsse isolamento, que em rigor seria feito nos seguintes estabelecimentos:

Aos *invalidos*—o asilo.

Aos leprosos *infectantes* mas *validos* a *enfermaria* com secções separadas para os *sexos* e por motivo de ordem sentimental, para os fortemente infectantes e para as lepras frustas com excreções baciliferas. Para o serviço e manutenção destas enfermarias seriam empregados aos próprios doentes, não entrando de fora senão o minimo de pessoal técnico necessário. Campos de trabalhos, oficinas e um templo religioso são os complementos indispensaveis desta ordem de estabelecimentos em cujos detalhes não dasejamos entrar, apontando tão sómente a necessidade de pavilhões especiais para doenças intercorrentes bem como quartos particulares para doentes ricos, a casa das desinfecções e outros accessórios que fazem parte de qualquer edificio hospitalar.

Aos leprosos frustos não baciliferos e aos latentes ganglionares propomos o *dispensario* que pode ser montado nas delegacias de saúde. Os doentes teriam livre prática e viriam semanalmente sujeitar-se ao tratamento especifico.

Aos individuos sãos o relacionamento e a *surveillance* exercida também pelos delegados de saúde. Não temos elementos para marcar a periodicidade das inspecções para a *surveillance* ser real.

4.º No plano de combate á lepra um dos pontos mais importantes é a *segregação das crianças indenes*, sem o que nunca se poderá extinguir a lepra num país. A *creche* e a *escola* são uma necessidade em obras antileprosas. São obras de Higiene e de filantropia que dependem das condições e recursos locais sôbre as quais não podemos dar mais indicações.

Se os ilustres membros da Conferência aceitarem os pontos de vista doutrinarios expostos, para a sua solução prática encontram no resumo que foi destribuido os números referentes á classificação dos leprosos da nossa estatistica.

Tomando-os para base do cálculo e fazendo-lhes os acressimos que eutenderam terão Vossas Excelências os elementos com que nos julgamos felizes de poder contribuir para se resolver um dos mais graves problemas de Higiene e de civilisação do nosso país.

O Dr. *Domingos de Sousa* relator, convidado a usar a pa-

lavra disse:

Senhor Presidente. Minhas senhoras e Meus senhores! Esta 1.ª Conferencia Sanitária da lepra vai estabelecer também as primeiras bases da profilaxia desta doença no nosso país, digo as primeiras bases porque a nossa profilaxia actual é nula, precisamente um zero redondo, restrição feita dos relevantes serviços sociais já conhecidos dos Srs. congressistas, por duas instituições de filantropia, o Asilo de Mapuçá e o Hospicio de Margão, que apesar de tão dignos de louvor de todos, estão bem longe de garantir uma profilaxia que valha. Como vivem os nossos leprosos no nosso território? Em geral analfabetos, desprovidos de meios, sem as mais elementares noções da higiene, andam por toda a parte, entregam-se a todos os afazeres, vivem em promiscuidade a mais intima com a sua familia e sendo portadores de lesões abertas, quando muito apenas com um trapo imundo como penso para as suas ulceras se forem nos pés.

Espalham bacilos sem fim, semeiam a lepra em toda parte, até que vindo a decadência fisica, os doentes tornam-se asquerosos pelas suas ulceras e mutilações e isolam-nos numa barraca improvisada, um isolamento que é uma completa ficção, um simulacro.

E o que são essas barracas?

Um resguardo feito de olas, folhas de palmeiras, antros sem luz com uma porta de entrada, pavimento humido, uma miserável tenda levantada em geral á pequena distância da casa em que vive a sua familia.

Os doentes pela maioria só dormem nessas barracas. Emquanto fisicamente o possam dedicam-se aos seus afazeres, visitam os seus amigos e parentes, são visitados por pessoas da sua familia e quando mesmo êsse isolamento seja real, as pessoas que com êles lidam e levam-lhes alimentos, não tem a menor noção do aceio e do que é preciso para não ficarem contaminadas. Os do *entourage* cedo se transformam em leprosos de formas frustas e tornam-se agentes da disseminação tanto mais perigosos quanto nada faz inculcar aparentemente, muitas veses até a olhos de médicos, que estejam afectados do mal.

Eis sem exagero em traços pálidos o verdadeiro quadro de dôr que se passa entre o grande número dos nossos leprosos que são muitos e que escapa á mão bemfazeja do Asilo de Mapuçá e ao altamente caridoso óbulo do Hospicio de Margão que sustenta os nossos irmãos leprosos no estrangeiro nos azilos de Matunga e de Vingurlá, tão cruelmente sequestrados da sua familia e da terra do seu berço pela terrivel doença para muitas veses nunca mais de lá poderem regressar. E o resultado dêsse *laisser aller*, está na consciência de todos: a lepra vai aumentando a passos gigantescos e antes que se torne de uma endemicidade rebelde e que perigue as nossas vidas urge que tomemos a sério a sua profilaxia. Per-

mitam-me V. Exas. que ao estabelecer as suas bases, ponha em relêvo umas poucas considerações prévias.

*1.º ponto.* Não vamos legislar, mas simplesmente estabelecer as bases tecnícas para o Govrêno se orientar na legislação e nas medidas a adoptar. Tem sido essa a funcção de todas as conferências da lepra cujas conclusões cabe aos govêrnos tomar em devida linha de conta.

Mas uma pergunta surgirá: as nossas conclusões terão a a sua efectivação prática? Não sei. Cumprimos o nosso dever, ás estações competentes apontaremos em nome da sciência o caminho a seguir e o resto não nos pertence. No caso a providências urgentes a serem tomadas e qualquer indiferença na sua solução seria, hoje mais de que nunca, socialmente um crime cuja responsabilidade caiba a todos, menos a nós, médicos.

*2.º ponto.* A profilaxia em toda a parte do mundo tem que se subordinar necessariamente ás condições económico-financeiras do país.

Há uma profilaxia ideal e a outra que é prática e viável. A primeira é para muitos povos um sonho, a segunda uma necessidade.

Uma colónia agrícola com creches, escolas oficinas, e campos agricolas é uma utopia irrealisável para a profilaxia que seja compativel com a nossa pobresa.

*3.º ponto*: Nada melhor para uma lei ficar em olvido do que a sua inexequibilidade pràtica. Temos muitas leis que são letra morta. Adoptemos só o que seja absolutamente viável, dadas a nossa psicologia e as condições locais e não proponhamos leis só com o prurido de se dizer que as temos á imitação dos países estrangeiros e finalmente o

*4.º ponto*: Só me permitirei a liberdade de chamar a vossa atenção para o facto de todos os leprólogos e as conferencias da lepra estarem de acôrdo depois da lição dos factos, em afirmar que as leis draconianas na luta antileprosa teem sido sempre além de pouco proveitosas, contraproducentes. A legislação sanitária tem de ser suave, cautelosa, liberal agindo mais pela bondade e convicção e expurgada de toda a coacção à liberdade individual que não seja absolutamente exigida pelos interêsses da higiene colectiva.

É, inspirando-me, meus Sanhores, nestes quatro pontos basilares que ouso propôr as seguintes medidas profilacticas á consideração de V. Exas. interpretando a memória que tenho a honra de relatar e aditando umas sugestões que me ocorrem.

Após a sua leitura V. Exas. se pronunciarão sôbre cada uma das medidas apontadas.

*Bases da legislação sanitária da lepra*

1.ª Todo o caso de lepra humana ou suspeito de lepra, deverá ser obrigatória e confidencialmente notificado ao respectivo delegado de saúde.

2.ª Essa notificação deverá ser feita pelo chefe da família, médico que tenha visitado o doente ou que por êle tenha sido consultado, pelo visinho mais próximo e pelo regedor da respectiva freguesia com penalidades da lei nos casos de omissão intencional.

3.ª A notificação poderá também ser feita pelo próprio doente ou por qualquer pessoa que tenha conhecimento do caso.

4.º Havida a notificação, o delegado de saúde inspeccionará o doente. inspecção que poderá fazer na própria delegacia ou na residência do doente segundo a sua condição social e as manifestações da doença.

5.ª O delegado de saúde quando não ponha de parte o diagnóstico de lepra, solicitará uma analise microscopica ao laboratório mais próximo, cujo resultado com o seu relatório clínico acompanhado da sua opinião pessoal enviará com a maior urgência á Secretaria de Saúde.

6.ª Haverá uma junta médica de lepra a qual o Conselho de Saúde e Hígiene consultará, quando assim o entenda, e que se pronuciará obrigatoriamente sempre que haja reclamação da familia do doente sóbre o diagnóstico e sempre que tratando-se de casos com manifestações clínicas embora mesmo clássicas, o exame laboratorial se mostre negativo, para o bacilo de Hansen.

7.ª A junta médica inspeccionará o doente, sendo preciso, na sua residência e será constituida pelo Director do Instituto Bacteriológico que servirá de presidente, pelo delegado de saúde e por um médico escolhido pela família ou pelo doente.

8.ª Logo que o delegado de saúde tenha suspeitas de lepra relacionará todo o entourage para o submeter, no caso de confirmação do diagnóstico. á vigilância, por meio de inspecções periódicas cujo intervalo e duração da vigilância proponho à vossa apreciação, devendo as crianças do entourage que frequentem as escolas ficarem sujeitas a uma redobrada vigilância.

9.ª Diagnosticado o caso como de lepra pelo Conselho de Saúde e Higiene, ouvida ou não a junta médica de lepra, será para o doente obrigatório o isolamento e que poderá ser domiciliário ou hospitalar, ficando porém dispensado o isolamento nas formas frustas, sem excreção bacilar para ser substituido por uma vigilância por inspecções periódicas durante o tempo que se definir nesta conferência.

10.ª O isolamento domiciliário será permitido só em ca-

sos restritos, caso as condições sociais do doente e do seu entourage ofereçam garantias e sob a directa fiscalisação do delegado de saúde, o qual quando verifique que as suas instruções profilacticas, mais de uma vez repetidas, são mal executadas, poderá ordenar o isolamento hospitalar. O isolamento domicilário será facilitado de preferência nos casos de formas nervosas e outras sem excreções bacilares.

11.ª Não será permitido o isolamento domiciliário, quando o domicílio seja uma casa de habitação colectiva, comercial ou industrial.

12.ª Todo o entourage do doente isolado no seu domicílio deverá também ser relacionado e sujeito a inspecções periódicas.

13.ª Para os efeitos do isolamento e do tratamento hospitalar haverá uma ou mais gafarias no Estado da India Portuguesa, cujo número e o local a ser escolhido proporei no fim à apreciação de V. Exas.

14.ª Isolado o doente, deverão imediatamente ser beneficiados a casa e todos os artigos suspeitos de contaminação pelo doente.

15.ª A gafaria terá pelo menos 3 secções, o mínimo, que podem estar dispostas em pavilhões isolados, interdependentes tendo á testa um médico.

Estes pavilhões terão o seguinte destino:

1) Pavilhão asilo, para os invalidos e não repelentes pelo seu aspecto.

2) Pavilhão enfermaria com duas secções tipo *A* e *B*.

Enfermaria *A*, para os validos e invalidos com lesões altamente infectantes e repelentes.

Enfermaria *B*, para validos, infectantes, não repelentes.

3) Pavilhão para doenças intercurrentes contagiosas.

16.ª Cada pavilhão terá secções para homens e mulheres, quartos particulares e quartos para as pessôas sãs que acompanhem os doentes internados.

17.ª O pessoal empregado nas gafarias será possivelmente escolhido entre os próprios leprosos, empregando-se apenas o mínimo pessoal indispensável extranho á gafaria.

18.ª Tratando-se de casados será permetido que o conjuge são acompanhe na gafaria o conjuge leproso; a sua manutenção sendo feita a espensas da gafaria, caso seja pobre.

19.ª Os doentes de quartos particulares terão direito a serem acompanhados por um adulto, cuja manutenção será custeada pelos mesmos.

20.ª Convindo que as crianças sejam afastadas dos seus pais, caso qualquer dêles seja leproso, qual o destino que a Conferência alvitra para as crianças nascidas fóra das gafarias e para aqueles que porventura nascem nas gafarias?

21.ª Os chefes de família, os donos de estabelecimentos comerciais e industriais, deverão dispensar os seus criados ou

os empregados, logo que a autoridade sanitária os declare leprosos.

22.ª Para os fins do isolamento a autoridade sanitária deverá comunicar aos chefes da respectiva Repartição os casos de lepra nos seus subordinados.

23.ª Poderá cessar o isolamento, só quando desaparecendo as manifestações clínicas se verificar a ausência de excreção bacilar em exames sucessivos durante três meses.

Cessado porém o isolamento, continuará a vigilância sanitária durante três anos, com inspecções intervaladas de um a três meses.

No casas de recidívas clínicas ou bacteriológicas o isolamento deverá recomeçar.

24.ª O funcionário atacado de lepra deverá ser aposentado, com reforma por inteiro, como se faz com os militares, tratando-se da tuberculose.

25.ª Anexa a gafaria e em cada delegacia, haverá um dispensário para as consultas externas onde serão tratados os doentes que não sejam internados.

26.ª A famila do leproso cujo chefe fôr isolado, estando pelo seu trabalho capaz de prover o sustento dos seus que não tenham recursos suficientes terá direito a uma subvenção a titulo de indenisação ( aspirações ).

Para êsse fim devem ser considerados chefes da familia todos os membros que sejam o braço principal do ganho pão do menage.

27.ª A prostituição regulamentada deverá ser proíbida às leprosas.

28.ª O casamento de um leproso com um são só será permetido se durante três anos, aquele não apresentar manifestações clínicas, nem excreção bacilar, depois de exames sucessivos, durante três anos. O casamento entre dois leprosos poderá ser tolerado.

29.ª Mesmo a leprosos de formas frustas e ganglionares, deve ser proibido o exercício de tôdas as profissões, que pela sua natureza sejam perigosas sob o ponto de vista da transmissão da lepra pela via directa ou indirecta, assim como o levarem a vida de indigentes ambulantes.

30.ª Uma mãe leprosa, não deverá lactar o seu filho, e é prudente que êste não seja lactado por uma mercenaria.

31.ª A imigração dos leprosos estrangeiros deve ser proibida e o repatriamento dos emigrantes goeses que tenham contraido a lepra deverá ser permetido.

32.ª Os delegados de saúde farão visitas periódicas na área sanitária para a pesquisa de casos da lepra.

33.ª Os alunos da Escola Médica farão excursões para as gafarias onde á cabeceira dos doentes far-se-hão lições sôbre a lepra.

34.ª Far-se-há a vulgarisação scientificada da lepra por

todos os meios possiveis ; conferências, propaganda pelos jornais e revistas locais pelo clero e pelo cinema.

35.ª Numa área de mil metros de ráio convirá que se evitem os estábulos e currais para público.

Proponho mais á discussão os seguintes pontos :

1.ª Quantas gafarias se tornam necessárias ?

2.ª Onde devem ser construidas ou em que concelhos ?

3.ª Quem deve financiá-las ? Isto é, quem deve custear as despesas da construção e as da sua manuntenção ?

4.ª Quais as providências que se devem adoptar em Goa em quanto se não construam as gafarias ?

5.ª Quais as providências profilácticas a serem adoptadas nas Praças de Norte ?

6.ª Nas Praças de Norte no diagnóstico difinitivo devem tam-bém intervir o Conselho de Saúde e Higiene e a Junta médica ?

São êstes meus senhores os pontos que se me afiguram que devem ser discutidos na sessão de hoje além de outros que os Srs. Conferentes sugerirem. São muitos, mas a maioria dêles fundamentais para que do nosso esforço resulte uma obra socialmente útil e para que nos fique a consolação de não termos perdido o tempo em vão.

Peço porisso a V.Exas. o melhor da vossa atenção para estas bases e sobretudo a bondade da vossa paciência.

Nenhum dos conferentes desejando fazer considerações sôbre os pontos expostos pelo relator *Joaquim Cabral*, puzeram-se em discussão as propostas do relator do Dr. *Domingos d' Sousa* por se entender que haverá vantagem em conglobar as propostas constantes dos dois relatores sôbre a profilaxia. E assim entrou em discussão a proposta primeira nos seguintes termos :

**Proposta** *Todo o caso de lepra humana ou suspeito de lepra deverá ser obrigatória e confidencialmente notificado ao respectivo delegado de saúde, pelo chefe da familia, médico que tenha visitado o doente ou por êle tenha sido consultado, pelo visinho mais próximo e pelo regedor da respectiva freguesia sob a pena de lei, podendo a notificação ser feita também pelo próprio doente ou ainda por qualquer pessoa que tenha tido conhecimento do caso.*

*Dr. Bras Gomes.* Desejaria saber qual a forma de efectivar a notificação. Como autoridade sanitária entende dever fazer esta pergunta em vista das deficiências da lei e das fraudes a que dá origem no capítulo da notificação obrigatória respeitante a outras doenças infecto-contagiosas no nosso país.

*Dr. Domingos de Sousa.* As fraudes que venham ao conhecimento das autoridades serão punidas nos termos da lei.

As fraudes e os casos de lepra que escapam ao seu conhecimento, escusado dizer não podem ter soluções práticas. Só a educação do povo que é funcção do tempo e a propaganda se encarregará de as atenuar.

*Dr. A. M. da Cunha* não aceita a notificação obrigatória que se discute para o visinho e regedores. Pode haver intenção maldosa de vexar uma pessoa apodando-a de suspeita de lepra.

*Dr. Froilano de Mello.* Mesmo se a notificação fôr confidencial haverá inconvenientes quanto ao vexame a que se refere o Dr. Cunha ?

*Dr. A. M. da Cunha.* Mesmo com a notificação confidencial, visto que em terras pequenas como a nossa todas as noticias se espalham com rapidez e a inspecção sanitária proveniente da notificação era suficiente para expôr a vexame a pessoa e a familia visada.

*Presidente* pregunta se entrando nessa discussão não haveria vantagem em dividir os leprosos em indigentes e não indigentes. As pessoas remediadas e de certa categoria teem direito a uma tal ou qual tolerância.

*Dr. Froilono de Mello* explica a grande dificuldade que existe em terras nossas para dar á palavra indigente aquele significado que tem por exemplo em terras inglesas onde tratando-se da vacinação anti-rábica, são considerados indigentes, para efeitos de abonos gratuitos em Caminhos de Ferro, individuos que ganhem 30 rupias mensais.

*Dr. Alfredo Araujo.* Da nossa estatistica se vê que, por ora ao menos é inútil esta divisão, Em mais de 200 casos só temos dois individuos ricos. Tratando de lepra não vê que o rico tenha mais direito á proteção do que o pobre.

*Presidente* Pregunta se pode substituir a palavra indigente por proletário,

*Dr. Domingos de Sousa.* Entende que não deve ser feita a pretendida diferença do rico, indigente e proletário. Em primeiro logar não se coaduna com os principios liberais em que se deve inspirar a profilaxia da lepra e no campo prático daria dificuldades na justa interpretação da lei porque seria dificil de se definir a extenção das palavras indigente e proletário.

*Dr. A. M da Cunha.* Nota que se trata da obrigatoriedade e não de notificação voluntária. A imposição da notificação obrigatória não pode ser feita a toda a gente.

*Dr. P. A. Cunha.* Aceita a proposta tal como foi presente pelo Dr. Sousa.

*J. F. Soares*, Alude á gravidade do problema e julga que são aceitáveis as medidas propostas. Concordando com a proposta do Dr. Sousa informa haver já leis neste sentido, tratando-se por exemplo da peste. Se já temos essas leis, nada mais natural que se sejam aplicadas á lepra.

*Dr. A. M. da Cunha.* Há leis neste sentido?

*Dr. Wiseman Pinto.* Não as há.

*Dr. Rocha Pinto.* Disserta sôbre a notificação obrigatória e facultativa e pregunta se não haveria algum castigo para os que fizessem essa notificação por má fé.

*Presidente* Se o diagnóstico é por vezes dificil para o médico, não compreende como se poderá provar a má fé duma informação.

*Dr. R. Pinto.* Se se provar que é falsa, haja penalidade.

*Presidente.* A prova é dificil e o exame subsiste e fica impune.

*Dr. S. Nazaré.* A lei para poder ter aplicação prática é preciso que seja redigida por forma a não dar lugar nem a sofismas nem a fraudes.

*J. F. Soares.* Entende que a lei será letra morta se a obrigatoriedade se não extender aos visinhos. A família, tem uma tendência natural para ocultar êstes casos; nem sempre o médico chega a saber da doença. Cita o ocorrido com casos de peste não notificados apesar da lei, ficando impunes por causa da interpretação juridica, visto a lei prestar-se a sofismas. Dêsses factos só resulta o desprestígio da lei, das autoridades sanitarias e administrativas. Cita factos concretos para que as nossas resoluções, sejam mais práticas.

*F. de Mello.* Pede o máximo cuidado nesta discussão, sem se esquecer a parte etica. Lembra á conferência que a peste e outras doenças agudas não correm paralelo com a doença crónica que é a lepra.

*Dr. S. Nazaré.* Insiste no facto das nossas leis não serem categóricas. Como delegado de saúde, que entrou em mais de uma campanha de peste, aponta factos concretos em que a lei foi sofismada.

*Dr. Rego.* A obrigatoriedade envolve a penalidade e assim o visinho que não faz a notificação incorre na sancção da lei. O visinho diz que não soube diagnosticar e não há maneira de se provar o contrário mas se êsse mesmo visinho faz uma notificação para vexar uma familia e não há também maneira de se provar que a sua informação fôsse de má fé.

*Dr. Aristides Costa.* Concorda com as observações do Dr. Siqueira Nazaré e acrescenta que se o próprio médico não

quiser notificar um caso de lepra, declarando que não se trata desta doença, não há maneira de fazer incorrer na sancção penal.

*Dr. S. Nazaré* - Discute a questão da prova legal que não é uma questão de consciência, mas se faz por meio de testemunhas. No inquerito que se ordene, pode, por exemplo, perfeitamente provar-se que o visinho em questão tenha declarado a outras pessoas ter suspeitas de um caso de lepra apurando-se assim a falsidade da sua afirmação ulterior.

*Dr. Alfredo Araujo* –Nota que até agora só se tem tomado em conta na discussão o vexame que o visinho queira infligir e não que êsse visinho possa igualmente pensar em favorecer um seu amigo ocultando um caso de lepra. São factos que se contrabalançam. Aceita por isto a redação primitiva.

*Dr. Caetano Gracias*—E se tratar de um caso em que não haja visinho, como sucede por vezes, e só o regedor tenha o dever de tomar conhecimento? Não seria êste um dos motivos para estender a obrigatoriedade ao regedor?

*Presidente* –Pregunta se a assembleia julga que o artigo da lei da notificação deve ser o mesmo para todas as classes sociais ou haver cláusulas especiais, tratando-se dos pobres.

*Assembleia*—Uma só lei para ricos e pobres.

*Dr. W. da Silva*—Informa a conferência que havendo já leis da notificação no nosso país em mais duma doença infecto-contagiosa, e sendo elas iguais para todos, até hoje não houve um caso de vexame em que tanto se está a discutir. Encarar sempre o vexame é admitir no homem uma féra com permanente vontade de morder.

*Dr. A. M. da Cunha*—As leis existentes são para febres eruptivas e outras doenças agudas. Não pode aplicar-se para a lepra que é uma doença crónica.

*Dr. F. de Mello*—Propõe, apoiado pela presidência, que sejam postos á votação as seguintes preguntas que passa a formular.

*1.º Aceita a Conferencia a notificação obrigatoria confidencial feita pelo chefe da familia?*

*Assembleia*—Aprovada por unanimidade,

*Dr. F. de Mello—Feita pelo clinico?*

*Assembleia*—Aprovada por unanimidade.

*Dr. F. de Mello—Pelo visinho mais próximo?*

*Assembleia*—Aprovada por maioria.

*Dr. F. de Mello—Feita pelo regedor?*

*Assembleia*—Aprovada por unanimidade.

*Dr. de Mello—Aceita a canferencia a notificação facultativa pelo doente e por qualquer pessoa que dele tenha conhecimento ?*

*Assembleia*—Aprovada por unanimidade.

**Proposta**—*Haverá uma junta médica de lepra à qual o Conselho de Saude e Higiene consultará quando assim o entenda, e que se pronunciará obrigatoriamente sempre que haja reclamação da familia do doente sôbre o diagnóstico e sempre que tratando-se de casos com manifestações clinicas embora mesmo classicas, o exame labotorial se mostre negativo para o bacilo de Hansen. A junta médica inspeccionará o doente, sendo preciso, na sua residencia e sera constituida pelo Director do Instituto Bacteriológico que servirá de presidente, pelo delegado de saude e por um médico escolhido pela familia ou pelo doente.*

*Dr. F. de Mello*—Advoga a necessidade de haver de se dar aos doentes pobres as mesmas garantias de diagnóstico e reclamação como no caso de doentes ricos e como êles não podem pagar o clínico livre, propõe que o município respectivo, legitimo representante do povo, escolha o médico para êsse fim, pago a expensas do seu tesouro.

*Dr. A. M. Cunhà*—Acha a ideia muito simpática mas julga que será inexequivel tanto mais que alguns lugares de médicos municipais foram extinctos.

*Presidente*—Poderia êste encargo ser confiado aos médicos das instituições, ao menos no distrito de Goa, visto os concelhos mais importantes terem, cada um, instituição dêste género.

*Dr. D. Sousa*—E onde os não houver? A ideia é realmente simpática mas propositadamente a eliminou do seu relatório.

Faz apelo á classe médica para fazer o exame gratuito de doentes nesses casos.

*Dr. P. A. Cunha*—Não julga que haja inconveniente pela supressão dos médicos municipais pois que o médico pode ser nomeado *ad hoc* para cada caso.

*Dr. D. Gracias*—Indica a junta local como organismo que pode tomar êsse encargo.

*J. F. Soares*—Concorda com a ideia proposta, tanto mais que na legislação há casos similares tratando-se da assistência a indigentes e abandonados.

*Pascoal J. Gomes*—Referiu-se detalhadamente á nossa legislação no assunto e ás posturas municipais, bem como ás

verbas de beneficiência pelas quais podem correr os honorários do médico escolhido para êsse fim.

*Presidente*—Põe á votação a proposta do Dr. Mello.

*Assembleia*—Aprovada por unanimidade.

**Propostas**—*Logo que o delegado de saude tenha snspeitas de lepra relacionará todo o entourage para o submeter, no caso de confirmação do diagnostico, à vigilância, por meio de inspecções periodicas cujo intervalo e duração da vigilância proponho à vossa apreciação, devendo as crianças do entourage que frequentem as escolas ficarem sujeitas a uma redobrada vigilância.*

*Diagnosticado o caso como da lepra pelo Conselho de Saude e Higiene, ouvida ou não a junta médica da lepra, será para o doente obrigatorio o isolamento e que poderá ser domiciliario ou hospitalar, ficando porém dispensado o isolamento nas formas frustas sem excreção bacilar, para ser substituida por uma vigilancia por inspecções periodicas durante o tempo que se definir nesta conferencia.*

Estabelece larga discussão em que tomam parte o presidente, o Dr. Siqueira Nazaré e o Dr. Froilano de Mello, sôbre o significado em higiene dos termos *entourage, contactos* e *foco* acabando o Dr. F. de Mello por propôr que para os efeitos da vigilância o *entourage* compreenda todos os contactos e que a assembleia, pronunciando-se sôbre a duração da vigilância e a periodicidade das inspecções sanitárias nos contactos familiares, deixe ao critério do Conselho de Saúde Higiene a fixação dêsses mesmos periodos em outros contactos menos próximos, visto não haver em higiene leis fixas sôbre o assunto.

*Dr. A. Rego*—Entende que o *entourage* só se deve restringir á familia do doente pois que a contagiosidade da doença é fraca. Fixa 5 anos para a duração da vigilância e três a 6 meses para a periodicidade das inspecções sanitárias.

*Presidente* Propõe que essa vigiláncia não seja obstáculo á emigração dos relacionados.

*Assembleia*—Evidentemente.

*Dr. Sousa*—Nota que se não se deve definir a palavra lon tourage por ser indefinivel. Varia segundo factores diversos, a-e cais e sociais. Fique pois essa difinição ao bom senso e o-critério da ocasião.

*Dr. A. M. da Cunha*—A duração da vigilância está subordinada ao período de incubação que acabamos de ouvir ser em média de 5 anos.

**Propostas**—*O isolamento domiciliario será permetido só em casos restritos, caso as condições sociais do doente e do seu entourage ofereçam garantias, e sob a directa fiscalisação do delegado de saude, o qual, quando verifique que as suas instrucções profilaxicas, mais de uma vez repetidas, são mal executadas, poderá ordenar o isolamento hospitalar. O isolamento será facilitado de preferencia nos casos de formas nervosas e outras sem excreção bacilar.*

*Não será permitido o isolamento domiciliario quando o domicilio seja uma casa de habitação colectiva, comercial ou industrial.*

*Todo o entourage do doente isolado no seu domicilio deverá também ser relacionado e sujeito a inspecções periodicas.*

*Para os efeitos do isolamento e do tratamento hospitalar haverá uma ou mais gafarias no Estado da India Portuguesa cujo numero e o local a ser escolhido proporei no fim a apreciação de V. Exas.*

*Isolado o doente deverão imediatamente ser beneficiados a casa e todos os artigos suspeitos de contaminação pelo doente.*

*A gafaria terá pelo menos 3 secções, o minimo, que podem estar dispostas em pavilhões isolados, mas interdependentes, tendo a testa um médico.*

*Estes pavilhões terão o seguinte destino:*

*1) Pavilhão asilo, para os invalidos e não repelentes pelo seu aspecto.*

*2) Pavilhão enfermaria com duas secções tipo* A *e* B.

*Enfermaria A, para validos e invalidos com lesões altamente infectantes e repelentes.*

*Enfermaria B, para validos, infectantes, não repelentes.*

*3) Pavilhão para doenças intercurrentes contagiosas.*

*Cada pavilhão terá secções para homens e mulheres, quartos particulares e quartos para as pessoas são que acompanham os doentes internados.*

*O pessoal empregados nas gafarias será possivelmente escolhido entre os proprios leprosos, empregando-se apenas o minimo pessoal indispensavel extranho a gafaria.*

*Tratando-se de casados será permitido que um dos conjuges são acompanhe na gafaria conjuge leproso, a sua manutenção sendo feita a expensas da gafaria caso seja pobre.*

*Os doentes de quartos particulares terão direito a serem acompanhados por um adulto, cuja manutenção será custeada pelos mesmos.*

*Dr. Rego*—Entende que devem ser isolados os vagabundos não baciliferos.

*Dr. Alfredo Araujo*—Não concorda com o critério «vagabundo ou não vagabundo», sob o ponto de vista scientifico. Os não baciliferos não podem dar contágio e não devem portanto ser isolados.

*Dr. A. Rego*—Devem ser isolados para serem tratados.

*Dr. Alfredo Araujo*—Surge agora uma nova questão: se o tratamento pode ser tornado obrigatório.

*Dr. Sousa*—Ninguém pode ser obrigado ao tratamento, em moléstia alguma.

*Presidente*—Poderiam ser isolados para se exercer neles vigilância mais efectiva?

*J. F. Soares.*—Os vagabundos não tem domicílio certo e há leis no país que dão direito ao internamento correccional dos vadios. Vagabundos podiam ser tomados como vadios,

*Dr. A. Araujo.*—E se o suposto vadio oferecer garantias de se sujeitar a inspecções periódicas? e no caso do internamento qual a secção que se destinaria a êsse tipo do internado? Devo acrescentar que não tenho nada a objectar se êsse internamento fôr de ordem administrativa.

*Dr.ª Escolástica Gracias.*—Por julgar interessante para a conferência citarei aqui os principios actualmente em voga em diversos países sôbre o isolamento dos leprosos, que evidentemente diferindo em cada país segundo o grau de civilização do seu povo, mostram todavia uma tendência para se regeitarem por improdutivas as medidas drásticas preconisadas nas épocas passadas.

A lei brasileira de 1920 diz que depois de confirmado o diagnóstico de lepra, obriga-se ao doente a isolar deixando-lhe porém a liberdade de optar seja pelo isolamento domiciliário seja no Hospital Sanatório ou na colónia que lhe convier. Quanto ao isolamento domicíliário, é permitido sob fiscalisação assídua e quando o domicilio não seja uma casa de habitação colectiva ou de comércio.

Este isolamento domiciliário é mais facilmente permitido aos doentes de forma nervosa ou anestesica.

O sistema adoptado nas Ilhas Filipinas era um regimen drástico pelo qual a autoridade sanitária, acompanhada de policia, fazia raids no interior da ilha para descobrir leprosos e isolá-los. 15 anos de isolamento completo e absolutonão influiram sensivelmente na redução da lepra. Foram hoje abolidas medidas violentas e põe-se em liberdade todos os doentes que apresentem bacilos no muco nasal e nas lesões cutáneas. ficando sujeito ao regimen de surveillance com exames bacteriólogicos mensais. No caso de três exames consecutivos serem negativos, os exames repetem-se de 6 a 6 meses.

Na República Argentina o tratamento sanitário do leproso é permitido no domicilio quando os doentes se submetam a todas as prescrições profiláctica exigidas pelas autoridades sanitárias e sob a sua surveillance; quando porém o doente não queira submeter-se voluntariamente ou não tenha

meios de o fazer no domicílio, é internado nos estabelecimentos destinados para êste fim.

A lei francesa de 1909 em execução na Indo-China estabelece como medida geral o isolamento domiciliário.

A lei canadiana de 1914 diz: toda a pessoa que no Canadá fôr reconhecida como atacada de lepra será internada num lazareto para leprosos. Num artigo especial porém são feitas as seguintes restrições:

Se os médicos fôrem de opinião, após exame detido, de que a doença não está num período em que seja transmissível ou de existirem meios suficientes para sujeitar o interessado no seu próprio domicílo, a um isolamento eficaz que lhe garanta o tratamento médico e os cuidados necessários: se as condições sanitárias em que se encontra o doente, bem como se êle ou os que cercam teem conhecimento das medidas profilacticas; se essas condições fôrem suficientes para impedir que êle seja ou venha a ser motivo de perigo para a saúde pública, o ministro terá o poder discricionário de não tomar executórios ou de suspender as medidas tendentes á detenção e ao internamento acima previsto.

A Conferência de lepra reunida em Calcutá em 1920 resolveu que a reclusão nas leprosarias deve ser tanto quanto possível, de carácter voluntário, á excepção dos leprosos pobres.

Na Conferência de Strasburgo ficaram estabelecidos os 3 seguintes pontos: que cada país deve ter a sua legislação aplicável as suas condições sociais; que o isolamento se deve inspirar nos metodos da lei norueguesa, podendo ser permitido o isolamento domiciliário quando se não trate de nomadas, vagabundos e indigentes. Segundo Jeanselme, presidente da Conferência, há muito maior vantagem sob o ponto de vista social em admitir uma divisão segundo os doentes sáo nomadas, vagabundos e indigentes, ou dos que podem ser isolados e tratados no domicílio, que em separar os leprosos em formas abertas ou fechadas.

Como informação complementar julgo útil, para conhecimento dos ilustres congressistas citar as conclusões da conferência de Strasburgo.

Ei-las: A 3.ª Conferência da lepra mantem os principios de organisação da luta contra a lepra admitidos pelas duas conferências anteriores e adopta as resoluções seguintes;

1.ª As prescripções legislativas concernentes á luta contra a lepra devem diferir segundo os países aos quais se aplicam mas em todos os casos é necessário proibir a entrada dos leprosos estrangeiros.

2.ª Nos países em que a lepra está pouco espalhada, o isolamento suave, tal como é praticado na Noruega, é recomendável.

3.ª Nos focos de endemia leprosa o isolamento é necessário.

*a*) Este isolamento deve ser humanitário e deixar o doente o mais perto possível da sua família.

*b*) Se se trata de indigentes, nomadas ou vagabundos e numa maneira geral de pessoas que não podem ser isolados no domicílio, êsse isolamento será feito no Hospital, Sanatório ou colónia agricola, segundos os casos e países.

*c)* E' recomendável separar dos seus pais os filhos dos leprosos desde o seu nascimento e mantê-los em observação.

4.ª Os membros da família do leproso, devem ser submetidos a exames periodicos.

5.º É preciso educar o povo por todos os meios possíveis sôbre a contagiosidade da lepra.

6.º Há interêsse em proibir aos leprosos todos os misteres que os esponham a propagar os germens da sua infecção; mas neste caso a sociedade tem o dever de considerar que esta interdição lhe impõem o dever de tomar a seu cargo o doente e as pessoas cuja manutenção está dêle dependente.

*Dr. Alfredo Araujo* disse: Meus senhores, o professor Lie de Bergen, leprólogo doublé de poliglota, traduziu para Alemão para a nossa conferência o texto da lei Norueguesa a que se fazem constantes referências nos livros e nos congressos de especialidade. Passando a lêr em Português o texto desta lei segundo a tradução feita pelo Secretário Geral da Conferência, proponho que saudemos o eminente mestre Norueguez e que a conferência agradecendo esta prova de solidariedade médica, transmita ao grande leprólogo as nossas homenagens (*aplausos*).

Eis o texto da lei.

1.º *É proibido aos leprosos o uso das Laegd.* Laegd é uma palavra Noruegueza que não tendo termo próprio em alemão significa o sistema que existe nas Comunas Norueguesas de dar abrigo e sustentar á custa do Estado por alguns dias os viajantes pobres que transitam de um lugar para outro.

*2.º Os leprosos pobres que carecerem de sustento, quando este seja por um tempo limitado ou represente apenas parte do seu sustento, podem ser internados em estabelecimentos oficiais para fins profilacticos e terapeuticos pela Comissão dos pobres com as restrições constantes da segunda parte deste artigo. Se tais pobres, porém, não fôrem isolados nos supraditos estabelecimentos ou deverão se-lo no domicilio, em quartos isolados ou por qualquer forma que a Comissão de Saude julgar suficiente segundo as circunstâncias. Caso não haja acordo sôbre se o sustento indigente deva ser parcial ou durar, por tem-*

*po limitado esta questão será decidida em ultima instância pelo Amtman. Quanto ao destino dos leprosos a Comissão dos pobres deverá porém considerar que os conjuges que desejem viver em companhia, não sejam separados. Se todavia a Comissão dos pobres decidir pela necessidade da separação, essa resolução será válida após a aprovação do Amtman que ouvirá previamente a opinião do clerigo da comuna e do médico do distrito.*

*N. B.*—A comissão dos pobres atesta a indigência dos pobres do distrito.

A Comissão de saúde é distrital.

O Amtman corresponde ao Governador do distrito.

*III—Quanto aos outros leprosos a Comissão de Saude pode obrigá-los a viver convenientemente isolados da sua familia e do entourage. Este isolamento porém não diz respeito á vida dos conjuges. Se as ordens da Comissão de Saude, mais de uma vez repetidas, não forem executadas, o leproso será compulsoriamente internado em um estabelecimento oficial. Se a consequencia desse internamento fôr a separação dos conjuges, a Comissão de Saude só poderá decidir depois da aprovação do Governador que ouvirá previamente a opinião do clerigo da Comuna.*

*IV—As despesas para o internamento dos leprosos nesses estabelecimentos são pagos pelo Governo ou pela Municipalidade (Amts ou Stadtgemeinde) mas se estas resultarem dos internamentos sem permissão do respectivo director, deverão ser pagos pelo doente, caso tenham meios de o fazer.*

*V—O internamento dos leprosos em estabelecimentos oficiais pode em caso de necessidade ser efectuado pela polícia.*

*VI—As habitações, roupas, vestimentas, e mais efeitos utilisados por um leproso não devem ser usados ou passados a outrem sem serem rigorosamente beneficiados, segundo a indicações da Comissão de Saúde da Comuna.*

*VII—A não observância desta lei implica queixa policial e multa que dará entrada na caixa da Comuna respectiva.*

*VIII—Os médicos terão para as viagens, que em virtude desta lei fizerem, transportes e despesas por conta do Estado, os primeiros pagos pela caixa do Estado, os segundos pela Amtman ou Stadtskasse.*

Como bem se calcula, os organismos administrativos Noruegueses não correspondem perfeitamente ás nossas instituições. Na conferência de Strasburgo muitos congressistas pediam o texto desta lei. Somos felizes em reproduzi-la aqui para pleno conhecimento da questão.

**Proposta**—*Convindo que as crianças sejam afastadas dos seus pais, caso qualquer deles seja leproso, qual o destino que a Conferencia alvitra para as crianças nascidas fora das gafa-*

*rias e para aqueles que por ventura nascem na gafaria?*

*Dr. A. M. da Cunha*—Diz que a assistência a crianças abandonadas é obrigação do Estado e que teoricamente a creche deve estar junto a uma leprosaria mas que na prática não pode dar resultado.

*Joaquim F. Soares*—Diz que pelo Código Administrativo os municipios estão obrigados a exercer essa funcção. Cita os costumes do povo desta terra em que a natural bondade leva várias familias a adoptar as crianças abandonadas.

*Dr. Alfredo Araujo*—Nota que as crianças filhos dos leprosos podem despertar uma natural repugnância que provoque obstáculos á sua adopção tanto mais de receiar quanto a ideia dominante no nosso vulgo sôbre a lepra é a sua transmissão por hereditariedade. As crianças vivendo com os leprosos são isolados nas Filipinas não sómente para as subtrair ao contágio familiar mas também para se exercer neles a vigilância complementar. É um êrro supôr-se que a creche implica ideia de luxo. Pode ser montada em todos os países segundo as circunstâncias locais.

*Dr. Sousa*—Há dois pontos a considerar; as crianças nascidas dentro das gafarias poderiam ser transportadas para os quartos destinados á residência das pessoas sãs no mesmo estabelecimento. Mas que fazer das crianças filhas dos leprosos que se encontram fóra das gafarias? É bom dizer-se que os municipios são obrigados a sustentá-los pelo código administrativo. Existe porém algum caso em que tal sustento tenha sido concedido?

*Dr. Froilano de Mello* - Insiste em que a *creche* não implica a ideia de luxo e exactamente porque pode haver um caso que seja de criança que precise de socorro, propõe que os municipios concedam um subsídio para as familias que porventura, nessas condições queiram receber tais crianças, e que nesta conferência em que não devemos passar por cima de certos pontos fundamentais fique bem expresso que a *creche* é uma necessidade em instituições destinadas à profilaxia da lepra.

*Dr. Siqueira Nazaré*—Refere-se igualmente aos sentimentos humanitários em Goa que o levam a supôr que raras veses terão essas crianças de recorrer á assistência pública. Mas não havendo pessoa alguma que dela se encarregue, tem de haver subsídio. Exactamente porque os factos serão raros a realização da ideia não é dificil, é mesmo muito viável.

**Propostas**—*Os chefes da familia, os donos de estabelecimentos comerciais, deverão dispensar os seus criados ou os empregados, logo que a autoridade sanitaria os declare leprosos.*

*Para os fins de isolamento a autoridade Sanitaria deverá comunicar aos chefes da respectiva repartição os casos de lepra nos seus subordinados.*

*Poderá cessar o isolamento, só quando desaparecendo as manifestações clinicas se verificar a ausencia de excreção bacilar em exames sucessivos durante 3 meses.*

*Cessado porêm o isolamento, continuará a vigilância sanitaria durante 3 anos, com inspecções intervaladas de 1 a 3 meses.*

*No caso de recedivas clinicas ou bacteriológicas o isolamento deverá recomeçar.*

*Dr. Alfredo Araujo,*—A propósito dêste artigo nota que não basta a vigilância de 3 anos e propõe que se eleve pelo menos a 6 anos com inspecções periodicas mais espaçadas após aos primeiros 3 anos.

**Propostas**—*O funcionario atacado de lepra deverá ser aposentado, com reforma por inteiro, como se faz com os militares tratando-se da tuberculose.*

*Anexo á gafaria e em cada delegacia haverá dispensario para as consultas externas onde serão tratados os doentes que não sejam internados.*

*A familia do leproso cujo chefe fôr isolado, estando pelo seu trabalho capaz de prover o sustento dos seus que não tenham recursos suficientes, terá direito a uma subvenção a titulo de indemnização ( aspirações ).*

*Para este fim devem ser considerados chefes da familia todos os membros que sejam o braço principal do ganha pão de menage.*

*A prostituição regulamentada deverá ser proibida ás leprosas.*

*O casamento de um leproso com um são só será permitido se durante 3 anos aquele não apresentar manifestações clinicas, nem excreção bacilar, depois de exames sucessivos, durante 3 anos. O casamento entre 2 leprosos poderá ser tolerado.*

*Dr. A. M. da Cunha.*—Entende que não se pode estabelecer legislação sôbre a matéria, porque nenhum indivíduo vai pedir atestado de sanidade para efectuar o casamento qualquer que seja a sua moléstia. E pregunta se todo o indivíduo que pretende casar deveria munir-se previamente dum atestado comprovando que não era leproso.

*Dr. Alfredo Araujo.*—Entende que a questão tem de ser tratada nesta conferência, onde se definem principios scientificos e de ordem social, das quais êste tem sido versado em todos os países e quanto à pregunta do Sr. Dr. A. M. da Cunha permite-se observar que não tratamos aqui se não de leprosos já diagnosticados como tal, que pretendem casamento que lei nenhuma lhes pode proibir. Não suponha todavia a conferência que êle não acha êsses casamentos indesejaveis e pro-

põe nesse sentido uma larga propaganda educacional. Se tivessemos lei que obrigasse esses casados a se comprometerem á separação das crianças, o que é uma necessidade scientificamente comprovada, talvez se efectivasse na prática a indesejabilidade que advoga.

**Propostas**—*Mesmo aos leprosos de formas frustas e ganglionares, deve ser proibido o exercicio de todas as profissões, que pela sua natureza sejam perigosas sob o ponto de vista da transmissão da lepra pela via directa ou indirecta, assim como levarem a vida de indigentes ambulantes.*

*Uma mãe leprosa, não deverá lactar o seu filho e é prudente que este não seja lactado por uma mãe mercenaria*

*A imigração dos leprosos estrangeiros deve ser proibida e o repatriamento dos emigrantes goeses que tenham contraido a lepra deverá ser permitido.*

*Os delegados de saude farão visitas periodicas na area sanitaria para a pesquisa de casos de lepra.*

*Os alunos da Escola Medica farão excursões para as gafarias onde á cabeceira dos doentes far-se-hão lições sôbre a lepra.*

*Far-se-hão a vulgarização scientifica da lepra por todos os meios possiveis: conferencias, propaganda pelos jornais e revistas locais pelo clero e pelo cinema.*

*Numa area de 1000 metros de raio convirá que se evitem os estabulos e currais, para o publico.*

*Montada a gafaria as Instituições pias cessarão o seu subsidio a todos os leprosos ainda aos internados no estrangeiro que caso se repatriem ficarão sujeitos ao isolamento nos termos da legislação sanitaria.*

*Dr. Rego*—Não acha bem que se estabeleça nesta conferência a cessação do subsídio.

*Dr. Sousa*—Explica a ideia que teve em propôr esta questão á discussão da conferência, porque em vista das nossas finanças gostaria que as instituições nos déssem o máximo dos seus recursos para a assistência local; se apesar disso tiverem meios para os mandar para o estrangeiro, não tem nenhum reparo a fazer.

*Dr. A. M. da Cunha*—Pregunta o que se faria se houvesse leprosos em maior número que os que pudessem comportar a nossa gafaria.

*Dr. Alfredo Araujo* · Aponta os factos colhidos na sua observação: na leprosaria de Vingurlá por exemplo não existe isolamento obrigatório e os doentes voltam quando querem, resultando disso termos de estar em luta permanente contra o contágio proveniente dêsses casos. Seria melhor cessar os subsídios para provocar o repatriamento imediato dos nossos leprosos logo que tenhamos instalações apropriadas.

*Dr. Siquira Nazaré*—Explica também os factos colhidos nas observações das famílias dos leprosos internados em Vingurlá.

Após alguma discussão resolveu-se eliminar o artigo em questão.

*Dr. Sousa*—Pregunta a Assembleia quantas leprosarias devem existir em Goa.

*Dr. Froilano de Mello*—Deseja como questão prévia saber se os leprosos das Praças de Norte devem ser trazidos para Goa ou se devem ter instalação especial.

*Dr. P. A. da Cunha*—Devem ter instalação á parte. Pode ser em Damão.

*Dr. Aristides Costa* Os leprosos de Praganã são *varlis* e ficilmente viriam a Goa.

*Dr. Sousa*—E' contra o internamento dos leprosos das Praças de Norte em Goa. Tal isolamento seria uma sequestração, dadas a enorme distância e as poucas afinidades daqueles doentes com os de Goa e não satisfaria os fins do isolamento mitigado adoptado hoje por todas as Conferências.

*Dr. A. M. da Cunha*—Dadas as condições dos doentes e o seu maior número na Praganã, a instalação especial podem ser neste último Conselho. O seu funcionamento não será dificil.

*Dr. Sousa*—Assente êste ponto quantas leprosarias deverá haver em Goa?

*Dr. Rego*—Uma leprosaria deve satisfazer tanto para os fins da profilaxia como para os de um centro de estudo e investigação. Propõe uma só leprosaria central no concelho das Ilhas.

*Dr. P. A. Cunha*—Basta uma só.

*Dr. A. M. da Cunha*—Uma não basta: Mas nós não podemos ter muitas. Tratemos por ora de uma só.

*Dr. Sousa*—Onde?

*Dr. Rego*—Uma Comissão especial poderia escolher o local. Não lhe parece que a Conferência possa resolver o assunto.

*Dr. Sousa*—Pode a Conferência dizer o Concelho em que deve ficar situado. Não se trata da escolha do local no sentido preciso, mas de se definir apenas o concelho.

*Dr. Alfredo Araujo*—Como questão prévia: deve ser insular ou terrestre?

*Dr. A. M. da Cunha*—O sr. Chefe dos Serviços de Saúde poderá informar sôbre o assunto, visto ter havido inspecções ás nossas Ilhas.

*Dr. Wolfângo da Silva*—Informa que depois de visitadas todas as Ilhas, foi escolhida a ilha de Acaró.

*Dr. P. A. da Cunha*—No planalto da Ilha de S. Jacinto há largo terreno para a construção de leprosaria

*Dr. Froilano de Mello*—Do resumo da «História da lepra» á conferência constam os motivos porque foram regeitadas as diversas ilhas. Sam Jacinto não foi visitada e tem na base uma larga e densa população. A ilha de Acaró é separada por braços de rio. E' muito povoada. A conferência não deve esquecer a questão financeira, e deixar de tomar em conta o preço da ilha.

*Dr. José Estevão Afonso*—O preço da ilha foi de 40.000 rupias. Se fôr escolhida deverá sair daí a população que deverá ser indenisada. De resto, o preço da ilha há-de aumentar sabendo-se que se projecta fundar nela uma leprosaria.

*Dr. A. M. da Cunha*—Aqui no país supõem que a ilha é *pensionada* e ninguém a quer; Supõe que não há lugar mais apropriado. Deve a Conferência insistir na aquisição duma ilha. Quanto á população, é de pescadores que facilmente se prestariam a sair do local. Há pouco tempo 50 e tantas famílias sairam daí sem muitas complicações.

*Dr. Wolfângo da Silva*—A ilha de Acaró é palmar e várzea. Satisfaria os fins de uma colónia agrícola.

*Dr. Wiseman Pinto*—O dinheiro gasto na compra da ilha de Acaró não será improdutivo. A produção da ilha compensará as despesas. A população que sair tem de ser indenisada.

*Dr. Siqueira Nazaré*—As *pensões* a que o sr. Dr. Cunha se referiu não desvalorisam a ilha tratando-se de compra para o Estado. A conferência não julgue pois que o preço será baixo como no caso de venda a particulares

*Presidente*—Escolhe a Conferência a ilha de Acaró para a instalação da leprosaria ?

*J. F. Soares*—Cita o estudo do Dr. Germano Corrêa. Opta pela Ilha. Nos concelhos que conhece, não existem terrenos situados á longa distância da povoação para o estabelecimento da leprosaria.

*Dr. Siqueira Nazvré*—Não vos preocupe muito a questão das distâncias. A lepra para dar contágio precisa de convívio íntimo e prolongado. E' muito menos contagiosa que a tuberculose.

*Dr. Froilano de Mello*—Vamos á votação.

*Entende a Conferência que a leprosaria deverá ser de preferencia insular ?*

*Assembleia.*—Sim. (unanimidade).

*Dr. Froilano de Mello—Qual a ilha que escolhe?*
*Assembleia*—De preferência, Acaró.
*Dr. Froilano de Mello—E quando o não possa ser?*
*Assembleia*—Terrestre, em sítio idóneo, no concelho de Salcete.

*Dr. Sousa*—Vamos agora a tratar de um ponto importante. Todos conhecem as condições precárias do nosso tesouro. Em todos os países para o combate de lepra se dão as mãos o Estado e o povo. Pregunta a conferência como se deve fazer o financiamento da leprosaria.

*Dr. Froilano de Mello*—Por a hora ser adiantada propõe a suspensão dos trabalhos devendo recomeçar ás 15½ horas.

As 15 e ½ horas foi reaberta a sessão sendo o secretário Dr. Ubaldo Pais substituido, por não estar presente, pelo sr. Dr. João Baptista Alvares.

Antes da ordem de dia o sr. Nuno da Cunha Gonsalves envia para a mesa a nota dos leprosos do Concelho das Ilhas organisado segundo as informações das regedorias bem como esclarecimentos sôbre a ilha de Acaró.

Mapa indicativo do número de casos e pessoas infectadas de lepra neste Concelho.

| Freguesias | N.º de casas infectadas de lepra | N.º de pessoas acometidas | Suspeitas | Obs. |
|---|---|---|---|---|
| Mercês | 9 | 7 | 4 | No bairro Sta. Bárbara |
| Piedade | 1 | 1 | — | Está a ser tratado no Hospital de Vingurlá. |
| S. Bartolomeu | 1 | — | 1 | |
| Neurá | 1 | 1 | — | |
| Soma | 12 | 9 | 5 | |

Esclarecimentos sôbre a Ilha de Acaró.
Área 13,h.7566.
Número de casos existentes, mais ou menos 60.
População da Ilha. Homens, mulheres e crianças 400.
Comprada em 1917 a ilha por 30.000 rupias entrando a transmissão escritura e mais despesas.
A sua renda anual, fóra as casas de manducares que nada pagam, 2.000 rupias.

Na ordem de dia discute-se a questão do financiamento da leprosaria.

*Dr. A. M. da Cunha*—Existem no país 3 instituições de beneficiência a Santa Casa da Misericórdia o Hospicio de Margão e Asilo de Mapuçá que prestam relevantes serviços na medida das suas forças. Mas não é a Conferência que lhes pode dizer ; contribuam para tal ou tal fim. A assistência pública é funcção do Govêrno nos termos da Constituição da República e não se diga que nos falta dinheiro tratando-se apenas de obras de beneficiência. Num país em que gastam milhares de rupias com compras de edificio para Quartel General e laques com a ponte de Banastarim por onde só podem passar bananas não devem faltar recursos para uma obra tão util e tão necessária como a leprosaria. O Govêrno pede apoio às instituições se quizer. A conferência só diz o que precisa.

*O sr. capitão J. E. Veloso*—Em nome da Santa Casa faço sinceros votos para que os trabalhos desta conferência sejam coroados de feliz êxito. Trata-se duma organização sanitária, duma imperiosa necessidade para a qual todos temos que contribuir. A Santa Casa não faltará pois com o seu concurso em pról desta organização sanitária; mas o que não pode é oferecer ou garantir um concurso importante, dados os enormes encargos que sôbre ela pezam de assistência. Tem três organizações sanitárias ; o Hospital, o Manicómio e o Sanatório que absorvem mais de 60.000 rupias.

No Sanatório há ainda despezas importantes a fazer: a captagem de águas, etc. e o manicómio tem de ser transferido do Hospital por constituir uma visinhança incomoda e também por necessidade da sua ampliação, Todos sabem bem que a loucura vai aumentando no País e as actuais 12 celas são insuficientes.

Há que alargar o seu número. Ora isto custará muito dinheiro á Santa Casa.

Nós não podemos abandonar esta organização sanitária, temos pelo contrário, que mantê-la e melhorá-la.

Além de tudo isto há a considerar que a Santa Casa tendo transferido a maior parte dos seus fundos para Portugal, vive hoje quási exclusivamente da receita das lotarias, que é muito contingente e variável, e que apresenta por vezes manifestações bem inquietadores.

Basta a mais piquena dificuldade sôbre a sua venda na India Inglesa para afectar profundamente as receitas e transtornar todos os planos da administração.

Ainda no ano económico findo a receita prevista das lotarias sofreu uma diminuição de 55.487:00:00, o que nos obrigou a reduzir e cercear muito as despesas, tendo passado algumas delas para o ano seguinte. E assim se puderam liquidar as contas da gerência com um saldo positivo apenas de 5.625:00:00. Deixo êstes factos acentuados no intuito de desfazer a ilusão em que muita gente vem vivendo de que a San-

ta Casa capitalisa laques anualmente.

Ora uma instituição que tem uma vida tão artificial não pode por tanto tomar compromissos; assegura todavia a sua melhor boa vontade em auxiliar tão útil organização sanitária.

Sendo porém a assistência uma funcção do Estado, eu creio que o Estado tem hoje receita que pode fazer face a êste novo encargo e que foi exclusivamente criada para êsse fim pelo Diploma Legislativo n.º 126 de 17 de Janeiro de 1925, pela qual a taxa de 6 réis de sêlo foi aumentada de mais 3 réis tendo êste aumento o destino marcado no art. 4.º do citado diploma. A receita a que se refere este diploma será sómente a aplicação a construções, grandes reparações, manutenções de hospitais, enfermarias, escolas e melhoramentos sanitários.

O aumento de 3 réis deu para o Estado pela Santa Casa, durante o ano económico findo mais 24.168:07:03. Outrotanto teria por certo recebido do Hospício.

*Dr. F. Ribeiro*—Falando pelo Asilo de Mapuçá declara que o Asilo se não furtará a cooperar com o Govêrno. Faz absolutamente suas as palavras do Sr. capitão Veloso. Os meios de que dispõe as instituições são muito contingentes, dependendo da aceitação que tem as lotarias na India Inglesa. Se o imposto de 3 réis sôbre cada cautela não for suficiente para o financiamento para a leprosaria poderia servir de base para qualquer operação financeira.

*Presidente*—Fala neste momento como delegado do Hospicio e nada tem a acrescentar ao que tam lucidamente foi exposto pelo Sr. capitão Veloso. A soma que actualmente o Hospicio despende com os leprosos atinge a cifra de 7.000 rupias ânuas e emquanto as suas finanças o permitirem não a reduzirá, podendo ser que aumente. Não pode porém tomar compromissos pelas razões apontadas pelos delegados das outras instituições.

*Dr. Sousa*—Entende a Conferência que até que se estabeleça a leprosaria se devem tomar providencias provisórias?

*Dr. F. Ribeiro*—Como medida transitória propôria o isolamento de todos os nossos leprosos na India Inglesa a 10 rupias por cabeça e por mês. Despenderiamos assim 24.000 rupias ânuas.

*Dr. Sousa*—Não acha bem o isolamento obrigatório na India Inglesa. Há motivos de ordem moral e sentimental a que é preciso atender, tratando sobretudo de lepra.

*Presidente*—Poderia ser facilitado provisoriamente o isolamento voluntário na India Inglesa, mediante subsídio para os pobres?

*Dr. Sousa*—Acho-o bem.

*Dr. F. Ribeiro*—E que medidas provisórias sugere a conferência para os vagabundos.

*Dr. P. A. Cunha*—Não poderiam ser isolados no Asilo de Mapuçá ?

*Dr. F. Ribeiro*—Não há lugares para isso.

*Presidente*—Lembre-se a conferência que com a campanha antileprosa intensificada actualmente na India Inglesa não será fácil encontrar aí lugar para os nossos leprosos.

*Dr. F. de Mello* Se houvesse alguma praça de guerra desmantelada onde pudesse instalar os leprosos, talvez o problema estivesse resolvido.

*Dr. A. M. da Cunha*—Nada de provisório porque nas terras nossas, o provisório fica sendo difinitivo.

*Dr. Rego*—Entende que a notificação deve ser posta em vigor imediatamente pelo menos para efeitos de estatística.

*Dr. F. de Mello*—Submete á conferência a seguinte questão. Ele e seus colaboradores tiveram conhecimento de muitos casos de lepra que fazem parte da sua memória, como médicos, pela confiança nele depositada pelos respectivos doentes. Sentem agora um profundo escrupulo em notificar ao Chefe dos Serviços de Saúde os nomes destes doentes quando fôr publicada a lei de notificação e estão absolutamente dispostos a guardar o sigilo profissional deixando tanto êle como os seus colaboradores de ser os médicos assistentes de muitos destes doentes, logo depois de publicada a lei mandando aos clínicos notificar êstes casos. Pede pois á conferência considere com máximo escrúpulo êsse problema de ordem moral e declarem se êles estão livres do sigilo profissional e obrigados a notificar os casos á autoridade sanitária.

Depois de larga discussão a assembleia por unanimidade concorda que estão livres de sigilo e devem notificar os casos ao Chefe dos Serviços de Saúde tanto mais que essa notificação é confidencial. Apreciando tão justificado escrúpulo, resolve mais a conferência que a notificação pelo Dr. Mello e seus colaboradores não seria feita, caso os doentes que serviram para a estatística apresentada, recusassem o seu consentimento.

# SESSÃO DE ENCERRAMENTO

Ás 21 horas de 22 de Fevereiro de 1926 realizou-se a sessão de encerramento sendo presidida pelo:

Presidente Dr. Wolfango da Silva.

Secretarios: O Sr. capitão J. de Sousa Veloso, delegado de Santa Casa, e o sr. Dr. António Maria da Cunha.

O sr. Dr. Froilano de Mello, secretário geral da Conferência, leu as seguintes conclusões (redacção da Secretaria Geral da Conferência).

## Conclusões

I

*A Primeira Conferência Provincial de Lepra, reunida em Nova Goa dando como apurada a cifra de pouco mais de duzentos leprosos na India Portuguesa, 56 dos quais se acham internados no estrangeiro (leprosarias de Vingurlá, Matunga e Belgão) e convencida de que o numero real dos leprosos do nosso território é superior a essa cifra, reconhece a necessidade de se intensificarem os esforços conjugados das autoridades sanitarias e administrativas e dos clinicos livres para se averiguar o número exacto dos portadores desse mal.*

II

*A Primeira Conferencia Provincial de Lepra, reunida em Nova Goa, reconhecendo a existencia no nosso território de plantas que, como a* Hydnocarpus Wigitiana *são de incontestável utilidade na terapeutica da lepra, sugere a conveniencia de se prepararem no país, extraidos de* Hydnocarpus *e plantas aliadas, productos quimicos possivelmente puros, que se possam empregar no tratamento dos leprosos, bem como a de se proceder a ensaios terapeuticos de outras plantas indigenas, reputadas anti-leprosas.*

III

*A Primeira Conferencia Provincial de Lepra, reunida em Nova Goa reconhecendo que no estado actual da sciencia, entre os meios adoptados no combate á lepra, a terapeutica ocupa um logar de importancia, preconisa que os nossos leprosos sejam sistematicamente tratados pelos meios modernos mais eficazes, recomendando particularmente o uso de etileteres dos óleos de chaulmoogra e seus aliados.*

IV

*A Primeira Conferoncia Provincial de Lepra, reunida em Nova Goa, convencida de que esta doença se vai dia a dia alastrando no pais, preconisa os seguintes principios basilares da profilaxia :*

*1.º—Notificação obrigatoria e confidencial, sob sancção penal, de todo o caso averiguado ou suspeito de lepra, ao Delegado de Saúde da área respectiva, pelo chefe da familia ou quem suas veses faça, pelo clinico que disso tiver conhecimento, pelo chefe da familia da casa mais próxima e pelo regedor da localidade, e notificação facultativa pelo próprio doente ou por qualquer pessoa que dele tiver conhecimento.*

*2.º—Após a notificação, inspecção sanitaria na delegacia ou no domicilio, conforme a condição social e o estado do doente, pelo respectivo delegado de saude que, quando não ponha de parte o diagnostico de lepra, solicitará do laboratorio mais proximo as analises necessarias, cujo resultado com o seu relatorio clinico e opinião pessoal, enviará com a máxima urgencia ao Conselho de Saude e Higiene. Este se pronunciará definitivamente sôbre o diagnostico, consultando préviamente, quando assim o entenda, e obrigatoriamente, todas as veses que haja reclamação do doente ou sua familia contra o mesmo diagnóstico ou, sempre que, tratando-se de casos com manifestações clinicas, o exame microscopico se mostre negativo, uma junta médica, que será constituida pelo Director do Instituto Bacteriologico de Nova Goa, pelo delegado de Saude da respectiva circunscrição sanitaria e por um médico escoclhido pelo doente ou pela familia, ou pelo municipio respectivo, tratando-se de doentes pobres, caso estes o não indiquem. Esta Junta que nas Praças de Norte será constituida pelo delegado e subdelegado de saude do respectivo distrito e, onde isto não for possivel, pelos médicos sanitarios da area mais próxima conjuntamente com um clinico escolhido nas condições acima referidas, inspeccionará o doente, no seu domicilio, sendo preciso.*

*3.º—Após o exame e em caso de suspeitas de lepra, arrolamento imediato de todo o entourage, feito pelo delegado de saude, para os fins da investigação de casos novos e de vigilancia ulterior.*

*4.º—Isolamento obrigatorio de todo o caso de lepra definitivamente diagnosticado no domicílio ou numa leprosaria, substituindo-se porém, nas formas frustas sem excreção bacilar, por uma vigilancia com inspecção trimensal durante tres anos, vigilancia que em todos os cosos de lepra se estenderá também ao entourage previamente arrolado e que será inspeccionado semestralmente durante cinco anos.*

*5.º—Permissão do isolamonto domiciliario, facilitado sobretudo nas formas nervosas, anestesicas e outras sem excreção bacilar, caso as condições sociais do doente e do seu entourage ofereçam garantias de uma boa e eficaz profilaxia e sob a directa fiscalisação do delegado de saude, podendo este ordenar o internamento hospitalar quando verifique que as instruções profitaxicás, mais de uma vez repetidas, são mal executadas. Desta decisão poderá, todavia, haver reclamação ao Conselho de Saude e Higiene, que se pronunciará sobre o caso com a maior brevidade possivel.*

*6.ª—Instalação urgentemente, para os efeitos deste isolamento e tratamento hospitalar, de uma leprosaria no distrito de Goa, com um minimo de tres pavilhões isolados, comportando um Asilo para invalidos, um pavilhão-enfermaria para doentes com lesões avançadas, outro para doentes com lesões incipientes e, como anexos, quartos separados para doentes particulares, enfermaria especial para doenças infecto-contagiosas intercurrentes, residencia para pessoas sãs que acompanhem os internados, e os demais acessorios indispensaveis neste genero de estabelecimentos, convindo que essa instalação se faça de preferencia na Ilha de Acaró, ou em terreno adequado situado no Concelho de Salcete.*

*7.º—Liberdade ao conjuge são de acompanhar-na leprosaria o conjuge doente, correndo a sua manutenção a expensas da leprosaria, em caso de pobresa.*

*8.º—Separação das crianças, filhos de leprosos, do convivio dos pais.*

*9.º—Cessação do isolamento quando, desaparecendo as manifestações clinicas, se verifique a ausencia da excreção bacilar em exames sucessivos durante tres meses, continuando a vigilancia perto de tres anos, com inspecções periodicas trimensais.*

*O isolamento deverá, porém, recomeçar no caso de recedivas verificadas clinica ou bacteriologicamente.*

*10.º—Instalação de dispensarios anexos á leprosaria e em cada delegacia para consultas e tratamento de doentes que não reclamem isolamento.*

*11.º—Proibição da prostituição regulamentada ás leprosas.*

*12.º—Permissão de casamento das pessoas leprosas com pessoas sãs sómente se, durante tres anos consecutivos, o doente não apresentar manifestações clinicas nem excreção bacilar e tolerancia tratando-se de casamentos entre pessoas leprosas, con-*

*quanto estes casamentos sejam indesejaveis em ambos os casos.*

*13.º—Proibição aos leprosos da mendicidade ambulante e do exercicio das profissões que pela sua natureza sejam perigosas sob o ponto de vista da transmissão de lepra.*

*14.º—Isolamento dos leprosos vagabundos ou vadios, mesmo que sejam portadoras de formas frustas sem excreção bacilar.*

*15.º—Proibição de imigração dos leprosos estrangeiros e permissão de repatriamento dos emigrantes goeses que tenham contraido a lepra.*

*16.º—Intensiva vulgarisação scientifica da lepra por todas as formas possiveis e ensino mais aperfeiçoado desta doença na nossa Escola Médica.*

*17.º—Instalação especial na Praganã, para os leprosos do distrito de Damão, adaptada ás circunstâncias locais.*

*Estas conclusões foram aprovadas pela Assembleia após a devida discussão.*

O Sr. Dr. Manuel de Miranda, delegado do Hospicio propôs o aditamento duma conclusão que igualmente foi aprovada com o acrescentamento final das palavras: ( nos termos do Diploma Legislativo n.º 126, de 17 de Janeiro de 1925 ). Esta conclusão a que coube o n.º V é do teor seguinte ( redacção Dr. Sales da Veiga Coutinho )

*A Conferencia Provincial da lepra reunida em Nova Goa, reconhecendo que a assistencia publica é função do Estado, nos termos da Constituição da Republica, mas não desconhecendo que o nosso orario se não encontra em condições desafogadas sugere que, para os efeitos da fundação da leprosaria e, de uma maneira geral, para o financiamento da campanha antileprosa, o Estado emita um emprestimo, correndo o encargo do pagamento do respectivo juro e da sua gradual amortização por conta da verba do selo qne cobra actualmente sôbre os bilhetes das instituições emissoras de lotarias em substituição das percentagens com que aqueles estabelecimentos dantes contribuiam para fins de beneficiência, nos termos do diploma Legislativo n.º 126, de 17 de Janeiro do 1925.*

Estando terminados os trabalhos da Conferência, propõe o sr. Dr. A. M. da Cunha um voto da saudação ao ilustre Presidente da Conferência, sr. Dr. Wolfango da Silva, fazendo Justiça á sua cerebração poderosa e á sua vasta cultura mental, a que todos prestam a merecida homenagem, certo de que prosseguirá nos seus esforços pela realisação das Conclusões votadas, conseguindo-o também pelo prestigio de seu nome. E a assembleia acolhe com uma ruidosa salva de palmas a proposta.

O sr. Dr. A. M. da Cunha propõe mais que a Conferência consigne um voto de congratulação pelo brilhante sucesso da

Conferência, com o sr. Dr. Froilano de Mello, cujo nome está indissoluvelmente ligado aos trabalhos scientificos realizados entre nós nos últimos quinze anos; acrescendo ainda que na presente Conferência êle tem especial autoridade, como foi reconhecido no Congresso Luso-Espanhol de Sciências reunido há 8 meses em Coimbra, onde o eminente director de *Medicina Ibere* Dr. Fernando Coca e proclamou *uma autoridade mundial en lepra.* E como o sr. Dr. Mello vai partir breve para ocupar o seu lugar no Parlamento Português, para o qual a India o elegeu dando-lhe assim uma grande prova de sua consideração, propõe também que a Conferência formule um voto pelo seu próximo regresso ao honroso posto que ocupa na Índia, que em tão alto apreço tem os seus merecimentos e os seus serviços. E a assembleia faz uma entusiástica ovação ao sr. dr. Froilano de Mello.

Com os agradecimentos do sr. dr. Wolfango da Silva, que diz ocupar aquele lugar de honra por imposição do sr. dr. Froilano de Mello, aquem êle pertencia de direito; e com os do sr. dr. Mello, que faz as suas despedidas, agradecendo a colaboração dos que o auxiliaram nos trabalhos da Conferência, e saudando a velha Medicina e a Escola Médica de Gôa, e levanta vivas a India Portuguesa, e a Escola Médica, vivas que são calorosamente correspondidos, dissolve-se a Conferência entre vivas aos senhores drs. Wolfango da Silva e Froilano de Mello.

# *Movimento do*

## Instituto Bacteriológico de Nova Goa, relativo ao ano de 1926.

### A—Análises requisitadas pelo Hospital Central

| | | |
|---|---|---|
| Escarros 64 | (*a*) | Tem B. de kock 12 não teem 51 |
| | (*b*) | Tem spirochetose pulmonar 1 |
| Pús 2 | (*a*) | Não tem micose 1 |
| | (*b*) | Não tem spirochaetas 1 |
| Secreção Vaginal 18 (17) | (*a*) | Teem diplococos extracelulares 3 |
| | (*b*) | Tem gonococo 5; não tem gonococo 6, suspeito 1. |
| Fezes 153 | (*1*) | Não teem vermes intestinais 10 |
| | (*2*) | Tem amebas e flagelados 2 |
| | (*3*) | Teem anquilostoma 3 |
| | (*4*) | Não tem anquilostoma 2 |
| | (*5*) | Tem áscaris e não tem vermes nem protozoarios 1 |
| | (*6*) | Teem amebas desintericas 26 |
| | (*7*) | Não tem amebas 2 |
| | (*8*) | Tem áscaris 13 |
| | (*9*) | Tem áscaris tricocephalus e flagelados 1 |
| | (*10*) | Teem áscaris tricocephalus e Necator Americanus 6 |
| | (*11*) | Teem Tricocéphalus 3 |
| | (*12*) | Tem áscaris lumbricoides e Tricocéphalus 1 |
| | (*13*) | Teem áscaris, Tricocéphalus e Blastocystis 2 |
| | (*14*) | Teem áscaris amebas e tricocephalus 7 |
| | (*15*) | Teem áscaris, Tricocéphalus e Oxiurus vermicularis 4 |
| | (*16*) | Teem ascaris e Tricocéphalus 12 |
| | (*17*) | Teem áscaris, Tricocéphalus, ankilostoma e flagelados 2 |
| | (*18*) | Tem áscaris, Blastocystis 1 |
| | (*19*) | Teem áscaris Tricocéphalus e Ovos de tenia 2 |

(20) Não tem vermes e tem Blastocystis e amebas 1
(21) Teem áscaris e amebas coli 12
(22) Teem Necator Americanus 2
(23) Não tem N. Americanus 1
(24) Teem áscaris e Oxiurus 2
(25) Não tem B. de kock 1, Teem áscaris, Tricocephalus e ankilostoma 3
(26) Tem áscaris e N. Americanus 5
(27) Tem amebas coli e Necator 1
(28) Teem Tricocéphalus e amebas 5
(29) Tem flagelados 1
(30) Tem anguilulas intestinais,amebas e áscaris 1
(31) Tem amebas, flagelados e Tricocephalus 1
(32) Tem amebas, áscaris. Tricocéphalus e Necator Americanus 1
(33) Tem Tricocephalus 3
(34) Teem áscaris e ankilostoma 4
(35) Teem Chilomastíx Mesnili 1
(36) Tem Blastocystis e kistos de amebas desintericas 1
(37) Teem Blastocystis e amebas coli 2
(38) Teem Tricocéphalus, Ankilostoma e amebas 1
(39) Teem áscaris, Tricocephalus e anguilulas 1
(40) Tem Blastocystis 1
(41) Tem Tricocéphalus e Ankilostoma 1
(42) Tem Tricocéphalus, e flagelados 1
(43) Teem Ascaris, amebas, Trico cephalus, Oxiurus, e Blastocistis 1.

**Sangue 31**

I (a) Tem Plasmodium vivax e precox 1
(b) Teem Pl. Vivax 3
(c) Tem hematozoario 2
(d) Não tem hematozoario 15
(e) Não tem eosinifilia 1
(f) Tem schizontes de Pl. Vivax e precox 1
(g) Tem gametas de Pl. Vivax 1
(h) Tem Plasmodium; precox e schizontes 2
(i) Tem leucocitos melaniferos 1
(j) Tem gametas de Vivax 1
(k) Tem schizontes de Pl. Vivax 2
(l) Tem gametas de Pl. precox 1.

II Formulas leucocitárias 2.

**Secreção uterina** 2 — Tem diplococos extracelulares 1 ; não tem gonococo 1

| | | |
|---|---|---|
| **Secreção uretral** 4 | Tem gonococo 3; não tem 1 | |
| **Reacções de Wasserman** 52 | Positivas 13; Positivas fracas 2; Dubias 2 Positivas parciais 3; Negativas 12. | |
| **Urina** 2 | Tem globulos vermelhos 1; Não tem Bilharziose 1. | |

**B—Análises requisitadas por diversas estações oficiais.**

| | | |
|---|---|---|
| Direcção Fiscal do C. de Ferro e Porto de Mormugão 2 | **Agua** | (relatórios bacteriológicos enviados á respectiva autoridade). |
| Obras Públicas 2 | **Agua** | Idem idem. |
| Repartição do Gabinete 1 | **Sangue** | Teem neutrofilia 1 |
| Liceu Central 1 | **Rato** | Não tem peste 1 |
| Instrução Primária 1 | **Rato** | Idem |
| Delegacia de Saúde de Praganá 4 | **Sangue** | (*a*) Tem schizontes e gametas de Pl. Vivax 1<br>(*b*) Tem schizontes de Pl. Vivax e gametas de Pl. precox 1<br>(*c*) Tem schizontes e gametas de Pl. Vivax e rosetas de Pl. precox 1<br>(*d*) Formula leucocitária 1. |

**C—Analises de carácter oficial, requisitadas por particulares.**

| | |
|---|---|
| **Ratos** 3 | Não tem peste 3 |
| **Gatos** 2 | Não tem peste 2 |

**D—Analises efectuadas nos gabinetes de análises clinicas das seguintes Delegacias de Saúde.**

**Salcete**

| | |
|---|---|
| **Escarros** 29 | Tem B. de kock 13; não tem 16. |
| **Urina** 10 | Tem albumina 5; não tem albumina 4; não tcem glicose nem albumina 1 |
| **Fezes** 1 | Tem amebas 1 |
| **Mucus nasal** 7 | Tem lepra 5; não tem lepra 2 |

| | |
|---|---|
| **Ratos** 10 | Não tem peste 10 |
| **Sangue** 1 | Não tem hematozoario 1 |

**Valpoy**

| | |
|---|---|
| **Escarro** 1 | Não tem B. de kock 1 |
| **Fezes** 1 | Tem amebas 1 |
| **Sangue** 5 | Tem malária 5 |

## E—Análises particulares

| | |
|---|---|
| Escarros 29 | (*a*) Teem B. de kock 14<br>(*b*) Tem raros bacilos ácido resistentes 1<br>(*c*) Não tem B. de k e tem estatilococus, pneumococus, micrococus catarrhalis 1<br>(*d*) Não teem B. de kack 13. |
| **Fezes** 14 | (*a*) Tem necator Americanus 1<br>(*b*) Não tem ankilostoma 1<br>(*c*) Tem áscaris, Tricocéphalus e Ankilostoma 1<br>(*d*) Não tem amebas disentericas e quistos 1<br>(*e*) Tem amebas disentericas, blastocystis hominis 1<br>(*f*) Não tem vermes nem protozoarios 1<br>(*g*) Tem spirochetas e não tem B. de k e amebas 1<br>(*h*) Tem amebas 2<br>(*i*) Tem tricocéphalus 1<br>(*j*) Tem áscaris, Oxiurus e amebas disentencas 1<br>(*k*) Não tem amebas 1<br>(*l*) Tem rasos tricocephalus trichiurus 1<br>(*m*) Tem Áscaris Blastocystis hominis 1 |
| **Secreção uretral** | Tem gonococo 4. |
| **Urina** 4 | (*a*) Tem albumina e não tem glicose 1<br>(*b*) Não tem B. de k, nem filarias nem ovos de qualquer verme 1<br>(*c*) Tem gonococo 2. |
| **Sangue** 13 | (*a*) Formulas leucocitárias 3<br>(*b*) Tem Plasmodium Vivax e não tem gametas 1<br>(*c*) Não tem hematozoario 2<br>(*d*) Não tem malaria 3<br>(*e*) Não tem Pl. precox nem vivax 1<br>(*f*) Tem Pl. Vivax 1<br>(*g*) Não tem pludismo 1<br>(*h*) Tem Pl. vivax e precox 1. |

**Secreção nasal** 3 (*a*) Tem bacilos ácido resistentes 1
(*b*) Não tem bacilos especificos na rhinite;
(*c*) Não tem lepra 1

Frottis de biopsia 2 Negativas 2

Biopsia e muco nasal 1 Não tem bacilo de Hansen 1.

Vacinas preparadas (*a*) Autovacina de Acne 1
(*b*) Autovacina total das secreções bronquicas 1

Escamas de eczema 1 Tem epidermifiton inguinalis 1

Reacção de Wasserman 2 Negativas 2.

## F—Tratamento antirábico

N. de pessoas tratadas 14: Ilhas 1, Salcete 5; Bardês 8.

Tratamentos pagos 34
gratuitos 36

## G—Ensino

Funcionou o curso de microbiologia.

Foram feitas as seguintes teses:

1 **Bernado Pinto**. Hemogregarinas de Ranat igrina 1.

2 **Aleixo da Gama** Contribuição para o estudo da resistencia globular e do poder hemolitico do sangue em alguns estados normais e patológicos dos indigenas em Gôa.

3 **Ramanata Naique** Sôbre as modificações provocadas pelas proteinas em alguns elementos figurados do sangue humano.

## H—Receita enviada á Recebedoria de Fazenda.

| | | |
|---|---|---|
| (*a*) | De Analises particulares | 242-08-00 |
| (*b*) | De Tratamentos antirábicos | 195-00-00 |
| (*c*) | Da Venda da vacina antirábica | 30-00-00 |
| (*d*) | Da Venda de um Vol. dos Arquivos | 05-00-00 |
| | Total da receita | 472-08-00 |

## I—Movimento interno

| | |
|---|---|
| Notas para o estrangeiro | 86 |
| " " provincia | 220 |
| Oficios expedidos | 8 |
| Telegramas para estrangeiro | 8 |
| Guias de remessa da receita | 30 |
| Notas recebidas de estrangeiro | 60 |

| | |
|---|---|
| Notas recebidas da Província | 100 |
| Ofícios recebidos | 3 |
| Telegrama pela rede interna | 18 |

**I —Pessoal do Instituto**

Director. Coronel médico Indalêncio Froilano de Melo.

Amanuense António Romualdo Fernandes

Preparador Santana Afonso.

**Serventes.** António João Cardoso e Ismal Xá Musavor.

31 de Dezembro de 1926.

**O Amanuense**
*A. R. Fernandes*

*Visto*—**O Director**
*F. de Mello*

# SUMÁRIO

**Froilano de Mello e Alfredo de Araújo**—História da lepra na India Portugueza . . . . . Pág. 1

**Escolástica Gracias, Alfredo de Araújo e F. X. Sequeira Nazaré**—Subsídios para a estatistica dos leprosos em Goa . . . . . 13

**Caetano Francisco Xavier Gracias**—Sôbre os hydnocarpus e outras plantas de Goa utilisáveis na terapeutica da lepra 141

**Lencastre Pereira de Andrade**—Plantas de Goa utilisáveis na terapeutica da lepra . . . . . 149

**Froilano de Mello, Escolástica Gracias e Alfredo de Araújo**—Sugestões para a profilaxia da lepra em Goa. . . . 177

**Froilano de Mello**—1.ª Conferencia da lepra na India Portugueza . . . . . 211

Movimento do Instituto Bacteriologico de Nova Goa durante o ano de 1926.